

Tiina Kuikka

Kohti eheämpää kehonkuvaa

Anoreksiapotilaan kehonkuvan muuttuminen suhteessa minäkuvaan

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Fysioterapeutti (AMK)

Fysioterapian koulutusohjelma

Opinnäytetyö

22.4.2014

Tekijä Otsikko Sivumäärä Aika	Tiina Kuikka Kohti eheämpää kehonkuvaa – Anoreksiapotilaan kehonkuvan muuttuminen suhteessa minäkuvaan 35 sivua Kevät 2014
Tutkinto	Fysioterapeutti (AMK)
Koulutusohjelma	Fysioterapian koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Psykofyysinen fysioterapia
Ohjaaja	Lehtori Ulla Härkönen
<p>Syömishäiriöt ovat psykosomaattisia kehon ja mielen sairauksia, joiden oireet eivät ilmene pelkästään fyysis-fysiologisina muutoksina vaan myös psyyken alueella. Minäkuvan, ja sen yhden ulottuvuuden kehonkuvan, häiriöt ovat keskeisiä tekijöitä syömishäiriön puhkeamisen, kehittymisen ja pitkittymisen taustalla. Kehonkuvanhäiriöstä on kyse, kun omaan kehoon kohdistuvat asenteet, käsitykset ja tulkinnat ovat vääristyneitä sekä oman kehon tiedostaminen ja tunnistaminen ovat vaikeutuneet.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on esitellä erilaisia fysioterapeuttisia menetelmiä, joita käytetään syömishäiriötä ja eritoten anoreksiaa sairastavien hoidossa. Tarkoituksena on kuvata sellaisia menetelmiä, joilla voidaan nähdä olevan vaikutusta anorektikon kehonkuvan häiriön hoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena on myös kuvata yhden anoreksiapotilaan kehonkuvan muuttumista suhteessa minäkuvaan sekä kliniseen toipumiseen hoitosuhteen ensimmäisinä kuukausina.</p> <p>Seurantajakson aikana potilaan hoitoon sisältyi ravitsemus- ja psykoterapian lisäksi fysioterapiaa. Fysioterapiassa yhdisteltiin eri menetelmien tekniikoita joustavasti sekä potilaslähtöisesti. Fysioterapiassa korostuivat Mindfulness-menetelmän sekä sensomotorisen terapian periaatteet: läsnä oleminen, tietoisuus, pysähtyminen ja sisäisten signaalien jäljittäminen.</p> <p>Kuuden kuukauden aikana anoreksiapotilaan minäkuvassa ja kehonkuvassa tapahtuneet muutokset olivat vähäisiä, vaikka klininen toipuminen, painon nouseminen normaalin painoindeksin rajoihin, tapahtui jo ensimmäisten hoitokuukausien aikana. Sekä minäkuva että kehonkuva säilyivät negatiivisina koko jakson ajan.</p> <p>Anoreksiasta toipuminen ei näyttäisi tapahtuvan tasaisesti ja suoraviivaisesti, vaan aluksi tilanne saattaa jopa huonontua. Kokonaisvaltainen toipuminen onkin pitkä prosessi, sillä pelkkä painonnousu ei poista anoreksiaan liittyviä psyykkisiä oireita. Mieli tarvitsee enemmän aikaa toipuakseen kuin keho.</p>	
Avainsanat	syömishäiriöt, anoreksia, kehonkuva, minäkuva

Author Title	Tiina Kuikka Changes in the body image of a Anorexia Nervosa Patient
Number of Pages Date	35 pages Spring 2014
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Physiotherapy
Specialisation option	Physiotherapy
Instructor	Ulla Härkönen, Senior Lecturer
<p>Eating disorders are psychiatric disorders of multifactorial origin, predominantly appearing in adolescence. Different types of eating disorders are united by a distinctive core psychopathology, body image disturbance, where patients over misevaluate their body shape and weight and have negative perception of their own body.</p> <p>The purpose of this thesis is to demonstrate different methods of physiotherapy in treating individuals with anorexia and especially with body image disturbance. The purpose is also to demonstrate and evaluate the changes in one anorexic individual's body image and self-image. During the follow-up period of six months the patient's self-image and body image were evaluated three times with Structural Analysis of Social Behavior Model and Body Attitude Test, which are both valid and reliable tests. The patient's weight was also measured three times and her BMI was used as a measure of clinical recovery.</p> <p>The patient's physiotherapy combined elements and techniques from several physiotherapeutic approaches, but they were all united with Mindfulness-based thinking. Physiotherapy included exercises for example from Basic Body Awareness Therapy and Dance and Movement Therapy. The aim was to increase the patient's weakened body awareness, ability to relax and acceptance towards herself.</p> <p>The results show minor changes in the patient's self-image and body image after the follow-up period. Her self-image and body image stayed negative for the whole period even though her weight was restored in two months after checking in to the ward. It seems that the clinical recovery does not affect self-image or body image straight away. Comprehensive recovery is a long process, as the mere weight gain does not remove the anorexia-related psychiatric symptoms. It seems that the mind needs more time to recover than the body.</p>	
Keywords	eating disorders, anorexia, body image, self-image

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	1
3	Syömishäiriöt	2
3.1	Anorexia Nervosa	3
3.2	Bulimia Nervosa	5
3.3	Epätyypillinen syömishäiriö	5
4	Kehonkuva suhteessa minäkuvaan syömishäiriöissä	5
4.1	Häilyvä ja rakentumaton minäkuva syömishäiriön taustalla	6
4.2	Kehonkuva syömishäiriön keskiössä	7
5	Syömishäiriöiden terapeutinen hoito	10
5.1	Sensomotorinen terapia	11
5.2	Psykofyysinen fysioterapia	12
5.3	Mindfulness	14
5.4	Basic Body Awareness Therapy	15
5.5	Liikunta	16
6	Anoreksiapotilaan kehonkuvan muuttuminen suhteessa minäkuvaan	17
6.1	Taustatiedot	17
6.2	Syömishäiriökeskuksen toiminta	18
6.3	Fysioterapia Syömishäiriökeskuksessa	19
6.4	Aineiston kerääminen	21
6.5	Mittarit	21
7	Tulokset	24
7.1	Minäkuvassa tapahtuneet muutokset SASB-kyselyllä arvioituna	24
7.2	Kehonkuvassa tapahtuneet muutokset BAT-kyselyllä arvioituna	26
7.3	Kliininen toipuminen	27
8	Johtopäätökset	29
9	Pohdinta	31
	Lähteet	33

1 Johdanto

Syömishäiriöt ovat psykosomaattisia kehon ja mielen sairauksia, joiden taustalla on psyykkistä pahoinvointia, joka ilmenee syömiskäyttäytymisen häiriintymisenä ja fyysisinä muutoksina kehossa ja sen toiminnassa (Syömishäiriöliitto-SYLI ry 2009: 5). Syömishäiriöt ovat tavallisimmin nuorilla ja nuorilla aikuisilla esiintyviä mielenterveyden häiriöitä, joiden esiintyvyys on painottunut länsimaalaisiin kulttuureihin ja erityisesti tyttöihin ja nuoriin naisiin. (Fairburn – Harrison 2003: 408–409; Suokas – Rissanen 2011: 346–347.)

Syömishäiriön puhkeamisen taustalla ei ole havaittu olevan mitään yksittäistä syytä, vaan sen kehittymisen nähdään olevan moniulotteinen prosessi, johon vaikuttavat sosiaaliset, psykologiset ja biologiset tekijät. Syömishäiriöt ovat vaikeasti hoidettavia ja vakavia sairauksia, minkä vuoksi ne herättävät kiinnostusta niin yksityishenkilöissä kuin ammattilaisten keskuudessa. (Fairburn – Harrison 2003: 407.)

Myös tämän opinnäytetyön tekemisen taustalla on kiinnostus syömishäiriöiden psykopatologiseen luonteeseen sekä niiden fysioterapeuttiseen hoitoon. Tavoitteena olikin löytää yhteistyökumppani, jonka kautta pääsisi tutustumaan syömishäiriöiden hoidossa käytettäviin fysioterapeuttisiin menetelmiin sekä seuraamaan hoitoprosessin etenemistä. Yhteistyökumppaniksi valikoitui Helsingissä toimiva Syömishäiriökeskus, joka on erikoistunut vaikeiden syömishäiriöiden hoitoon. Opinnäytetyö toteutui yhteistyössä keskuksen fysioterapeutin ja psykologin kanssa, joiden kautta avautui mahdollisuus tutustua keskuksen toimintaan ja seurata erään anoreksiapotilaan hoidon alkutaipaletta.

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön aiheeksi muotoutui syömishäiriöihin liittyvien minä- ja kehonkuvan häiriöiden tarkastelu. Häiriöitä tarkasteltiin teoria- ja tutkimustiedon avulla sekä havainnollistettiin erään potilastapauksen avulla. Tarkastelun painopisteenä on erityisesti anoreksiassa ilmenevät minäkuvan ja kehonkuvan häiriöt. Opinnäytetyön tavoitteena on esitellä, kuvata sekä havainnollistaa anoreksiapotilaan kehonkuvassa tapahtuvia muutoksia suhteessa hänen minäkuvaansa ja kliiniseen toipumiseen.

Opinnäytetyön tarkoituksena on myös koota tietoa kehonkuvan häiriöiden hoidossa käytettävistä fysioterapeuttisista menetelmistä. Tarkoituksena on avoimesti ja yksityiskohtaisesti esitellä ja kuvata psykofyysisen fysioterapian periaatteita ja menetelmiä terapian läpinäkyvyyden lisäämiseksi.

Opinnäytetyö pyrkii vastaamaan seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten anoreksiaan liittyvää kehonkuvanhäiriötä hoidetaan ja mikä on fysioterapian rooli tässä hoidossa?
2. Miten anoreksiapotilaan minäkuva sekä kehonkuva muuttuvat hoidon ensimmäisten kuukausien aikana suhteessa kliniseen toipumiseen?

3 Syömishäiriöt

Syömishäiriöt voidaan jakaa vuonna 2010 päivitetyn WHO:n kansainvälisen ICD-10 tautiluokituksen mukaan kolmeen eri muotoon: anorexia nervosaan eli laihuushäiriöön, bulimia nervosaan eli ahmimishäiriöön sekä epätyyppilliseen syömishäiriöön (World Health Organization 2010). Jokaisella syömishäiriömuodolla on myös alaryhmänsä, sillä kaikki potilastapaukset eivät sovi määrällisiltä tai laadullisilta oireiltaan yllämainittuihin klassisiin syömishäiriöiden muotoihin, vaan poikkeavat joltain osin tyyppillisestä taudinkuvasta. Tämän vuoksi syömishäiriöiden taudinkuvan voidaan ajatella olevan oireyhtymä, joka ulottuu tavanomaisista nuorten ja aikuisten paino-, ruokavalio- ja ulkonäköhuolista aina vakaviin psykopatologisiin ja klassisiin syömishäiriöoireisiin saakka. (Vandereycken – Meerman 1988: 11.) Nykyään puhutaankin usein vain ”syömishäiriöistä”, sillä oireistoissa on paljon päällekkäisyyttä ja yksilöllistä variaatiota. Anoreksiaan saattaa liittyä bulimista oireilua, kuten oksentamista. Bulimiaan taas kuuluu oleellisesti pyrkimys rajoittaa syömistä, mikä on yksi anoreksiankin ydinoireista. (Kuusinen 2001: 209.)

Suomessa anorexia nervosan esiintyvyys on 2,2 %, bulimia nervosan 2,3 % ja epätyyppillisen syömishäiriön 5 %. Anoreksia- ja bulimiapotilaista arviolta 50–70 % toipuu kokonaan, 20–30 %:lla oireita ilmenee jaksottaisesti ja 10–20 %:lla oireilu pitkittyy. Arviolta noin 7 % suomalaisnaisista kärsii jonkinasteisista syömishäiriöoireista ennen 30. ikävuottaan. (Käypä hoito suositus 2009; Suokas – Rissanen 2011: 346–347.)

Tässä opinnäytetyössä syömishäiriöiden määrittelyssä ja aiheen rajaamisen tukena käytetään WHO:n diagnostisia kriteereitä. Seuraavaksi esitellään ICD-10 tautiluokituk-

sen mukaiset klassiset syömishäiriöiden muodot keskittyen erityisesti anorexia nervosa – oireyhtymän määrittelyyn ja kuvailuun.

3.1 Anorexia Nervosa

Anorexia nervosan ICD-10-tautiluokituksen mukainen oire on merkittävä painonlasku, joka johtaa alipainaisuuteen (painoindeksi naisilla alle $17,5 \text{ kg/m}^2$ ja miehillä alle 19 kg/m^2 tai 15 % odotettua keskipainoa alhaisempi paino). Anoreksiaan liittyy voimakas lihomisen pelko alipainosta huolimatta ja häiriintynyt kehonkuva, joka näkyy muun muassa alipainaisuuden kieltämisenä ja oman kehon koon yliarvioimisena. (World Health Organization 2010.)

Aliravitsemustilasta johtuen laihuushäiriöpotilailla esiintyy runsaasti erilaisia fysiologisia sekundaarioireita, kuten hormonaalisia ja metabolisia muutoksia (World Health Organization 2010). Hormonaaliset muutokset näkyvät muun muassa hypotalamus-aivolisäke-sukupuolirauhasakselin endokriinisenä häiriönä (Käypä hoito-suositus 2009.) Naisilla tämä tarkoittaa vähintään kolmen peräkkäisen kuukautiskierron poisjäämistä tai kasvuikäisillä tytöillä ensimmäisten kuukautisten poisjäämistä. Miehillä vastaavanlaiset hormonaaliset muutokset liittyvät seksuaaliseen halukkuuteen ja toimintakykyyn. (Keski-Rahkonen – Charpentier 2010:16.) Lisäksi perusaineenvaihdunta hidastuu, verenpaine laskee ja sydämen koko pienenee. Anoreksiapotilaiden iho kuivuu ja siihen kasvaa ohut karvapeite (lanugo). Aliravitsemus vaikuttaa myös luukudokseen ja hampaiden kulumiseen. (Westerlund 1998: 25–30.)

Suurin osa näistä fysiologisista muutoksista poistuu vähitellen aliravitsemustilan korjaantuessa. Hampaiden kulumisen ja luukato ovat kuitenkin seurauksia, jotka voivat haitata vielä paranemisenkin jälkeen. (Westerlund 1998: 25–30.) Pienentynyt luuntiheys lisää myös murtumariskiä (Käypä hoito-suositus 2009).

Käyttäytymisen tasolla anoreksia ilmenee syömiseen liittyvinä pakko-oireina ja -ajatuksina. Lisäksi anoreksiaan saattaa liittyä itse aiheutettua oksentelua sekä ulostuslääkkeiden, nestettä poistavien tai ruokahalua hillitsevien lääkkeiden käyttöä. (Käypä hoito-suositus 2009.) Anoreksiaan voi liittyä myös pakonomaista ja liiallista liikkumista. Liikkuminen voidaan määritellä liialliseksi ja kohtuuttomaksi, jos anorektikko harrastaa sitä pakonomaisesti päivittäin tai huomattavasti enemmän kuin muut samanikäiset.

(Käypä hoito-suositus 2009; Keski-Rahkonen – Charpentier 2010: 206–207.) Liiallista liikkumista on arvioitu olevan noin 80 % anorektikoista (Vancampfort ym. 2013).

Vakava ja pitkäaikainen anoreksia

Vakavasta ja pitkäaikaisesta anoreksiasta (severe and enduring anorexia nervosa) puhutaan, kun kliinistä ja psykologista toipumista ei ole tapahtunut useista hoitoyrityksistä huolimatta. Tällöin syömishäiriöön liittyvien oireiden, kuten pakkotoimintojen ja rituaalien noudattamisesta on tullut ikään kuin elämäntapa. (Mitchison ym. 2013: 4.)

Pitkäaikainen anoreksia aiheuttaa fysiologisia muutoksia kehossa, joiden palautuminen sairautta edeltävälle tasolle heikkenee sairauden pitkittyessä. Erityisesti luukato ja hampaiden kuluminen ovat pitkäaikaisen anoreksian pysyviä fysiologisia muutoksia. Luukato eli osteoporoosi alkaa kehittyä noin 2 vuoden kuluttua anoreksian puhkeamisesta ja on verrannollinen aliravitsemustilan kestoon ja vakavuuteen. Hampaiden kuluminen johtuu syljen erityksen vähenemisestä ja happamasta ruoan sisällöstä. (Westerlund 1998: 25–30.)

Pitkäaikainen anoreksia vaikuttaa fysiologisten tekijöiden lisäksi yleiseen toimintakykyyn heikentäen potilaiden elämänlaatua. Vuonna 2013 tehdyssä seurantalutkimuksessa havaittiin, että pitkittynyt syömishäiriö vaikutti negatiivisesti yksilön itsensä arvioimaan toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Mitä enemmän henkilöllä havaittiin syömishäiriöön liittyviä rituaaleja ja pakko-oireita, sitä negatiivisempi käsitys hänellä oli omasta toimintakyvystään ja elämänlaadustaan. Tutkimuksessa seurattiin 63:n anoreksiapotilaan syömishäiriöoireiden määrää ja elämänlaatua hoitojakson alussa, lopussa sekä kuuden ja kahdentoista kuukauden kuluttua hoidon päättymisestä. (Mitchison ym. 2013:4.)

Pitkäaikainen ja vakava anoreksia lisää myös kuolemanriskiä. Käypä hoito-suositukseen (2009) kootun tutkimustiedon mukaan anoreksiaa sairastavien kuolleisuus on 5–7 %, mikä on suurempi kuin vastaavan ikäisen väestön kuolleisuus tai muista mielenterveyden häiriöistä kärsivien kuolleisuus. (Käypä hoito-suositus 2009.)

3.2 Bulimia Nervosa

Bulimia nervosaan eli ahmimishäiriöön liittyvät toistuvat ahmimiskohtaukset, jolloin potilas syö suuria määriä ruokaa lyhyessä ajassa, joita seuraa oksentaminen tai erilaisten ulostuslääkkeiden tai muiden vastaavien tyhjennysvalmisteiden käyttö. Ahminta ja tätä seuraava laihduttaminen esimerkiksi paastoamalla tai tiukkoja laihdutussääntöjä noudattamalla muodostavat noidankehän, jonka perusongelmana on toistuva syömisen hallinnan katoaminen (Keski-Rahkonen – Charpentier 2010:18). Toistuva oksentaminen aiheuttaa muutoksia kehon elektrolyyttitasapainossa ja erilaisia fyysisiä komplikaatioita. Näitä ovat muun muassa rytmihäiriöt, lihasheikkous ja munuaisten toiminnanvaja-
saus. (Westerlund 1998:28; World Health Organization 2010.)

Bulimia nervosassa on monia yhtymäkohtia anorexia nervosan oirekuvaan, ja joskus anoreksiana alkanut syömishäiriö muuttuu syömättömyyden mahdottomuuden seurauksena bulimiaksi. (Kuusinen 2001: 209.)

3.3 Epätyypillinen syömishäiriö

Suuri osa syömishäiriöpotilaista kärsii epätyypillisistä oireista, jotka täyttävät vain osan diagnostisista kriteereistä. Epätyypillistä syömishäiriötä sairastavan syömiskäyttäytymisen on selvästi poikkeavaa, ylenmääräisen painonhallinnan, ahminnan tai tyhjentämiskäytäntöjen sävyttämään, muttei täysin täytä anoreksian tai bulimian määritelmää. Potilaan syömiskäyttäytyminen on kuitenkin selvästi häiriintynyttä ja haittaa hänen normaalia elämäänsä. (Keski-Rahkonen – Charpentier 2010: 23–24.) Epätyypillisen syömishäiriön diagnoosia voidaan käyttää myös silloin, kun kaikkia tyypillisimpiä oireita esiintyy, mutta ne ovat lieviä (Käypä hoito-suositus 2009.)

4 Kehonkuva suhteessa minäkuvaan syömishäiriöissä

Minäkuvan ja sen yhden ulottuvuuden, kehonkuvan, häiriöt ovat keskeisiä tekijöitä syömishäiriön puhkeamisen, kehittymisen ja pitkittymisen taustalla. Vaikka fyysinen keho on taudin keskiössä, useimmissa teorioissa minäkuvan ja sisäisen säätelyn ongelmien ajatellaan olevan häiriintyneen syömiskäyttäytymisen ja kehonkuvan taustalla. (Kuusinen 2001: 210.)

Minäkuva ja kehonkuva ovat keskeisiä tekijöitä myös anoreksiassa, sillä niissä tapahtuvat muutokset ennustavat yleistä sairaudesta toipumista (Vandereycken – Meerman 1988: 47). Seuraavaksi selvennetään näitä yhteyksiä kehonkuvan, minäkuvan ja kliinisen toipumisen välillä sekä niiden yhteyttä anoreksiaa sairastavan henkilön kokonaisvaltaiseen toipumiseen.

4.1 Häilyvä ja rakentumaton minäkuva syömishäiriön taustalla

Minäkuva on ihmisen sisäinen malli omasta itsestään: se sisältää fyysis-fysiologisen, sosiaalisen sekä psyykkisen käsityksen itsestä. Minäkuvan muodostavat erilaiset käsitykset ja uskomukset omasta itsestä, joten siihen voi kuulua myös sellaisiakin ominaisuuksia, jotka eivät objektiivisesti katsottuna ole totta. Minäkuva on muuttuva kokonaisuus ja se kehittyy läpi elämän. Myös erilaiset tilanteet nostavat esiin minäkuvan eri puolia, jopa vastakkaisiakin. (Vilkko-Riihelä – Laine 2005: 28–29.)

Minäkuvan, oman identiteetin, rakentumattomuus ja ongelmallinen suhde omaan kokemiseen ja tarpeisiin johtaa syömishäiriöihin liittyvään itsensä yli- tai alisääätelyyn. Vittorio Guidanon kognitiivis-konstruktivistisen merkitysorganisaatioteorian mukaan syömishäiriöpotilaan kokemus itsestä on epämääräinen ja häilyvä ja syntyy vaikeudesta tulkita ja ottaa todesta omia sisäisiä tunnetiloja, tarpeita ja ajatuksia. Koska potilaalle on vaikea tavoittaa omia tunteita ja tarpeitaan, oman identiteetin rakentaminen ja itsen ohjaaminen alkaa rakentua tilannekohtaisesti ulkoisten tekijöiden ja muiden odotusten perusteella. Kun todelliset tai oletetut ulkoiset odotukset saavat keskeisen sijan oman toiminnan ohjauksessa, sisäinen voimattomuuden ja arvottomuuden tunne lisääntyy. Tätä kokemusta potilas pyrkii kompensoimaan ulkoisilla tekijöillä, kuten täydellisillä suorituksilla ja ulkonäön ja erityisesti painon säätelyllä. (Kuusinen 2001: 210–211.)

Syömishäiriöitä sairastavat henkilöt ylläpitävät minäkuvaansa pyrkimällä sekä ohittamaan että kontrolloimaan ruumiinsa tarpeita: anoreksiapotilaalla tämä ilmenee itsensä ylisääätelynä ja bulimiapotilaalla alisääätelynä. Ylisääätelyn perusta on juuri kyvyttömyydessä tavoittaa omia tunne- ja tarvetiloja, mikä johtaa siihen, että tarpeiden mukainen itsen ohjaaminen korvautuu syömistä, nukkumista, liikuntaa ja opiskelua koskevien sääntöjen noudattamisella. Sisäistä häilyvyyden, avuttomuuden ja voimattomuuden kokemusta kompensoidaan kyvyllä noudattaa ehdottomia ja tiukkoja omia tarpeita ja mielihaluja ohittavia sääntöjä. (Kuusinen 2001: 210–211.)

Kyse on sisäisen havainnoinnin vääristymisestä: anorektikoiden on vaikea omaksua tarkkaa tietoa sisäisestä tilastaan ja viestittää sitä muille (Vandereycken – Meerman 1988: 47). Minä koetaan arvokkaaksi ja hyväksi vain silloin kuin näiden sääntöjen noudattaminen onnistuu (Kuusinen 2001: 210–211).

Häilyvä, rakentumaton ja negatiivinen minäkuva on todettu olevan yksi tekijä syömishäiriön taustalla. Tuoreessa ruotsalaistutkimuksessa havaittiin, että syömishäiriötä sairastavilla nuorilla on merkittävästi negatiivisempi minäkuva kuin kontrolliryhmän nuorilla. Tutkimukseen osallistui 855 syömishäiriötä sairastavaa nuorta ja 482 oireetonta nuorta. Erityisesti minäkuvaan liittyvien ulottuvuuksien, itsensä rakastamisen ja hyväksymisen, havaittiin olevan voimakkaasti yhteydessä syömishäiriöoireisiin: mitä vähemmän nuori rakasti itseään ja mitä kriittisempi hän oli itseään kohtaan, sitä enemmän hänellä havaittiin syömiskäyttäytymisen häiriötä. (Forsén-Mantilla – Bergsten – Birgegård 2014.)

Muutokset minäkuvassa ennustavat sairaudesta toipumista sekä anoreksia- että bulimiatilailta. Vuonna 2009 tehdyssä seurantatutkimuksessa havaittiin, että minäkuvan muutokset ennustivat sairaudesta toipumista 36 kuukauden kuluttua hoidon alkamisesta. Tutkimuksessa seurattiin 52:n anoreksiapotilaan ja 91:n bulimiatapotilaan minäkuvan muuttumista suhteessa kliiniseen toipumiseen. Tulokset osoittivat, että bulimiatopotilaiden kokema itseviha oli voimakkaimmin yhteydessä toipumiseen. Anoreksiapotilaiden toipumista ennustivat muutokset minäkuvan toisessa osa-alueessa, itsen kontrolloinnissa. Bulimiatopotilaiden toipumista ennusti siis voimakkaimmin itsen kohdistuvan vihan väheneminen ja itsensä rakastamisen lisääntyminen. Anoreksiapotilaiden toipumiseen vaikuttivat itsen kontrolloimisen lisäksi myös itsen kohdistuva välinpitämättömyys ja itsensä suojeleminen, jotka yhdessä selittivät 35 % kliinisestä toipumisesta 3 vuoden kuluttua. Syömishäiriöiden hoidossa näyttäisi olevan perusteltua keskittyä minäkuvan eri osa-alueiden kehittämiseen, vaikka lisätutkimuksia aiheesta tarvitaankin. (Birgegård – Björk – Norring – Sohlberg – Clinton 2009.)

4.2 Kehonkuva syömishäiriön keskiössä

Ruumiin- eli kehonkuvalla tarkoitetaan tietoista ja tiedostamatonta mielikuvaa omasta kehosta liikkeessä ja levossa. Siihen kuuluvat niin nykyiset kuin menneet havainnot,

ajatukset ja tuntemukset kehon koosta, ulkonäöstä ja mittasuhteista sekä kelvollisuudesta ja toimintakyvystä. Kehonkuva on myös dynaaminen ja elinkaaren myötä muuttuva moniulotteinen kokonaisuus, joka muotoutuu yksilön ajatuksien, mielikuvien, asenteiden, aistimuksien, tunteiden ja kokemuksien pohjalta. (Salo-Chydenius – Holvikivi – Valvanne-Tommila 1992: 161–162; Sundeen 1987: 59.)

Kehonkuva on moniulotteinen käsite sisältäen yksilön välittömät aistikokemukset sekä neuropsykologiset kokemukset oman kehon mittasuhteista ja koosta. Kaikki kehoon liittyvät kokemukset, ajatukset ja tulkinnat muodostavat yksilön mielensisäisen käsityksen hänen omasta kehostaan, mikä näkyy käyttäytymisen kautta muun muassa oman kehon arvostamisessa ja siitä huolehtimisessa. (Probst – Pieters – Vanderlinden 2008: 657.)

Kehonkuvan häiriintyminen on myös osa syömishäiriöiden taudinkuvaa ja ilmenee niin psyyken kuin käyttäytymisen alueilla. Sen taustalla on heikentynyt kehon sisäisten signaalien tiedostaminen sekä epärealistinen integroiminen omien ajatusten sekä tunteiden kanssa. Kehon signaalien sekä mielensisäisten kognitioiden häiriintynyt tunnistaminen ja käsitteleminen johtavat vääristyneeseen käsitykseen omasta kehosta ja sen toiminnoista. (Catalan-Matamoros – Helvik-Skjaerven – Labajos-Manzares – Martinez de Salazar Arboleas – Sánchez-Guerrero 2010: 618.)

Kehonkuvan häiriö ilmenee oman kehon koon ja mittasuhteiden yliarvioimisena sekä negatiivisina tunteina ja ajatuksina kehoa kohtaan. Häiriö ilmenee usein siten, ettei potilas näe kehoaan kokonaisena, vaan yksittäisien kohonosien summana. Hän kokee kehoon esimerkiksi pömpöttävän mahan, liian isot reidet sekä ison takapuolen. (Fairburn – Harrison 2003: 407–408; Uusi-Kokko: 69.)

Kehonkuvan pirstaleisuus ja kehoon kohdistuva negatiivinen suhtautuminen vaikuttavat psyyken toimintojen lisäksi myös anoreksiaa sairastavan käyttäytymiseen. Kehonkuvan häiriö ilmenee muun muassa oman kehon katsomisen välttelemisenä, toisaalta sen jatkuvalla tarkasteluna. Anorektikko toisaalta siis välttelee kehonsa katsomista sekä siihen kohdistuvaa ulkopuolista huomiota, toisaalta toistuvasti tarkastaa ja arvioi sen kokoa ja mittasuhteita. Välttely näkyy muun muassa anorektikon pukeutumisessa: hän peittää vartalonsa usein löysiin ja peittäviin vaatteisiin välttääkseen siihen kohdistuvan huomion aiheuttamaa häpeää sekä ahdistusta. Toisaalta anorektikko kuitenkin itse

tarkastaa ja arvioi jatkuvasti oman kehonosiensa kokoa esimerkiksi peilistä tai mittanauhaa käyttäen. (Bamford – Attoe – Mountford – Morgan – Sly 2014: 5–8.)

Kehokuvan häiriintymiseen liittyy myös aliravitsemustilasta johtuvia fyysisiä ja fysiologisia oireita, joiden havaitseminen on anorektikolle vaikeaa. Näitä ovat muun muassa vireystilan laskeminen, nälän ja kylläisyyden tunteiden tunnistamisen vaikeutuminen sekä vatsan tyhjentymisen hidastuminen. Kaiken kaikkiaan oman kehon sisäisten signaalien tiedostaminen, tunnistaminen ja erottelu on anorektikolle haasteellista. (Vandereycken – Meerman 1988: 47.)

Kehonkuvan häiriön voimakkuuden ja toistuvuuden on havaittu olevan yhteydessä niin syömishäiriöön liittyviin oireisiin kuin itse sairauden kulkuun. Ne potilaat, joiden kehonkuva on huomattavan häiriintynyt, kokevat enemmän takaiskuja terapiassa ja keskeyttävät sen useammin sekä ovat psykoseksuaalisesti kypsymättömämpiä ja neuroottisempia. Lisäksi heidän painonsa nousee huonommin ja fysiologiset muutokset ovat pitkäaikaisempia. (Vandereycken – Meerman 1988: 47.)

Tämä yhteys on havaittu myös useissa tutkimuksissa, joissa kehonkuvan häiriön voimakkuutta on arvioitu suhteessa syömishäiriöoireisiin, terapian keskeyttämiseen sekä kliniseen toipumiseen. Erityisesti syömishäiriöoireiden vähenemisen sekä terapiaprosessin loppuun viemisen havaittiin olevan yhteydessä kehonkuvassa tapahtuneisiin positiivisiin muutoksiin. (Danielsen – Øyvind 2012: 268–272; Probst – Vandereycken – Van Coppenolle – Pieters 1999: 338–339.)

Kehonkuvan häiriintyminen näkyy niin psyykkisissä toiminnoissa kuin käyttäytymisen tasolla. Koska syömishäiriötä sairastava määrittelee itsensä kehonkuvansa kautta, toisin sanottuna ulkonäkönsä perusteella, vaikuttaa kehosta muodostettu käsitys myös minäkuvaan. Suhtautuminen omaan kehoon näkyy itseen liittyvissä käsityksissä, tunteissa sekä itsen kohtelemisessa, koko minäkuvassa. (Kuusinen 2001: 210.)

Taudinkuvan ja tutkimustulosten perusteella on siis perusteltua, että anoreksian teraputtisessa hoidossa keskitytään minäkuvan sekä sen yhden ulottuvuuden, kehonkuvan, työstämiseen. Kehonkuvaan vaikuttavilla terapiamuodoilla, kuten fysioterapialla, on siis erittäin tärkeä rooli syömishäiriöiden hoidossa, sillä kehonkuvassa tapahtuvat positiiviset muutokset ennustavat syömishäiriöön liittyvien oireiden vähenemistä sekä

yleistä sairaudesta toipumista. (Käypä hoito-suositus 2009; Probst ym. 1999; Vandereycken – Meerman 1988: 47.)

5 Syömishäiriöiden terapeuttinen hoito

Syömishäiriöitä hoidetaan erilaisten terapioiden avulla. Yleisimpiä terapiamuotoja ovat ravitsemusterapia, erilaiset psykoterapian muodot ja kehotietoisuutta ja rentoutumista lisäävät terapiat, kuten fysioterapia. Hoidon tulee kohdistua sekä fyysisiin että psyykkisiin ongelmiin. Aluksi keskitytään ravitsemustilan korjaamiseen ja ruokailutottumusten ja syömiskäyttäytymisen normalisointiin. Vasta tämän jälkeen pyritään vaikuttamaan syömishäiriön psykologiseen sisältöön, esimerkiksi vääristyneeseen kehonkuvaan, pakkotoimintoihin ja – ajatuksiin sekä ahdistukseen ja virheellisiin käsityksiin ruoasta ja syömisestä. (Eklund 2012: 5, 20–22.)

Ravitsemus- ja psykoterapia ovat välttämättömiä terapiamuotoja anoreksian hoidossa. Ravitsemusterapian rooli on erityisesti hoitosuhteen alussa suuri, mutta vähitellen sen osuus hoidossa pienenee syömiseen liittyvien ongelmien vähentyessä. Psykoterapia aloitetaan potilaan terveydentilasta riippuen joko heti hoidon alettua tai hengenvaarallisen aliravitsemustilan korjaannuttua. Mikään yksittäinen psykoterapian muoto ei ole selkeästi osoittautunut muita paremmaksi hoitomuodoksi aikuisten anoreksiapotilaiden hoidossa. Mahdollisia psykoterapiamuotoja ovat muun muassa intersoonallinen, fokuksitoitu psykoanalyttinen, kognitiivis-analyttinen, kognitiivis-konstruktivistinen ja kognitiivis-behavioraalinen terapia. (Eklund 2012: 22–23; Kuusinen 2009: 217–224.)

Psykoterapioista on eniten tutkittu kognitiivis-behavioraalista psykoterapiaa, joka keskittyy sairautta ylläpitävien ajattelu- ja toimintamallien korjaamiseen. Kognitiivis-behavioraalisen mallin mukaisia toimintatapoja ja menetelmiä voidaan myös soveltaa muihin terapiamuotoihin, kuten fysioterapiaan. (Keski-Rahkonen – Charpentier 2010: 62–63). Kognitiivis-behavioraalisella terapialla on siis tällä hetkellä eniten tutkimuksiin perustuvaa näyttöä, vaikka systemaattisia kontrolloituja tutkimuksia on tehtykin vähän. Lisäksi tutkimukset ovat painottuneet bulimian hoitoon, joten erityisesti anoreksian hoidosta tarvitaan enemmän tutkittua tietoa. (Eklund 2012: 5; Fairburn – Harrison 2003: 408–409; Keski-Rahkonen – Charpentier 2010: 62–63.)

Syömishäiriöihin keskeisesti liittyvän kehonkuvan häiriön ja kehoon liittyvän negatiivisen suhtautumisen takia myös fysioterapia on tärkeässä roolissa sairauden hoidossa.

Käypä hoito-suosituksen (2009) mukaan syömishäiriöpotilaan hoitoon tulisi sisältyä fysioterapiaa ja potilasta hoitavaan työryhmään fysioterapeutti. (Käypä hoito-suositus 2009.)

Fysioterapia aloitetaan potilaan terveydentilan sen salliessa joko heti hoidon alussa tai ravitsemustilan korjaannuttua. Terapiassa voidaan yhdistellä erilaisia kehotietoisuutta ja rentoutumista edistäviä hoitomuotoja ja menetelmiä asiakkaan tarpeiden ja mieltymysten mukaan. Syömishäiriötä sairastavan fysioterapia on asiakaslähtöinen, vaihteellinen hoitomalli, jossa tulee käytettävistä menetelmistä riippumatta ottaa fyysisen ja fysiologisen ulottuvuuden lisäksi huomioon myös potilaan psyykkinen ja henkinen tila. (Uusi-Kokko 2009: 67–73.) Syömishäiriöpotilaiden fysioterapia tulisikin aina olla psyko-fyysistä, kokonaisvaltaista mielen ja kehon terapiaa.

5.1 Sensomotorinen terapia

Syömishäiriöiden fysioterapiassa voidaan käyttää sensomotorisen psykoterapian periaatteita sekä menetelmiä. Sensomotorinen psykoterapia rakentuu perinteisen psykoterapeuttisen tiedon varaan, mutta se pitää terapeuttisen tietoisuuden keskiössä kehoa sekä käyttää kehokeskeisiä menetelmiä, joiden tarkoituksena on lisätä kehotietoisuutta ja opettaa potilaita havaitsemaan fyysisten aistimusten sekä kognitioiden ja tunteiden välinen yhteys. (Ogden – Minton – Pain 2009: xxx–xxxii.)

Keskeistä tässä kognitiivisia ja psykodynaamisia teorioita yhdistävässä terapiamuodossa on käsitys, että ihmisen aivojen tiedonkäsittelyjärjestelmä on hierarkisesti järjestäytynyt ”korkeamman tason” toimintoihin ja ”alemman tason” toimintoihin. Terapeuttisten interventioiden suunnittelussa ja toteuttamisessa hyödynnetään tiedonkäsittelyjärjestelmän kaikkia tasoja: kognitiivista, emotionaalista ja sensorista ulottuvuutta. Toisin kuin perinteisissä psykoterapioissa, sensomotorisessa psykoterapiassa psyyken ongelmia lähdetään käsittelemään myös sensomotorisen tason kautta eli ”alhaalta ylöspäin”. Perinteisissä psykoterapioissa terapeuttinen interventio kohdistetaan lähes yksinomaan korkeampiin aivotoimintoihin, kuten kognitioihin, joiden kautta saadaan aikaan muutos myös alemmissa sensomotorisissa toiminnoissa. Tällöin muutos suuntautuu siis ”ylhäältä alaspäin”. (Ogden ym. 2009: 4–21.)

Sensomotorisessa terapiassa käytetään kumpaankin hierarkiseen systeemiin perustuvia tekniikoita, jotka huolellisesti sekä eriytetään että yhdistetään toisiinsa. Ylhäältä alas suuntautuissa merkityksenmuodostuksen ja ymmärtämisen tekniikoissa käytetään kognitiota emootioiden ja sensomotorisen kokemusten säätelyyn. Pohjalta ylös suuntautuissa tekniikoissa lähtökohdaksi otetaan keholliset aistimukset ja liikkeet, joiden kautta tuetaan itsesäätelyä, muiston työstämistä sekä toimintakyvyn lisäämistä arjessa. (Ogden ym. 2009: 172–173.)

Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että terapiaprosessin ensimmäisessä vaiheessa kohdistetaan huomio siihen, miten potilas jäsentää nykytilaansa ja pyritään yhdessä löytämään hänen käyttämänsä rajoittavat ja haitalliset ajatus- ja toimintamallit. Syömis-häiriötä sairastavan henkilön kohdalla tällaiset vääristyneet ja epätarkoituksenmukaiset ajatus- ja toimintamallit liittyvät syömiseen, liikuntaan ja yleiseen itsensä kontrolloimiseen (Kuusinen 2001: 210–212). Näitä ongelmakohtia lähdetään työstämään toisessa terapian vaiheessa sekä ylhäältä alaspäin suuntautuvien että alhaalta ylöspäin suuntautuvien tekniikoiden avulla: huipulta alas suuntautuvien interventioiden avulla potilas oppii huomioivasti läsnä olevana jäljittämään kehollisia aistimuksiaan, ja alhaalta ylöspäin suuntautuvien interventioiden kautta tuomaan näitä kehollisia tuntemuksiaan paremmin tietoisuuteensa. Kolmannessa vaiheessa näiden kahden tekniikan aikaansaamien kokemusten yhdistämisen kautta potilas oppii, kuinka ajatukset ja tunteet vaikuttavat kehoon sekä myös sen, kuinka fyysiset aistimukset ja liike vaikuttavat informaation työstämiseen korkeammilla tasoilla. (Ogden ym. 2009: 172–193.)

5.2 Psykofyysinen fysioterapia

Psykofyysinen fysioterapia voidaan määritellä mielen ja ruumiin erottamattomuutta korostavaksi terapian muodoksi (Immonen-Orpana 1999: 20–21). Keskeistä on ymmärrys siitä, että keho ja mieli muodostavat kokonaisuuden ja ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. Kehon tuntemukset vaikuttavat mieleen, toisaalta tunteet ja ajatukset heijastuvat liikkumiseen ja kokemukseen omasta kehosta. (PsyFy ry. 2014.)

Psykofyysinen fysioterapian tavoitteena on pyrkimys vahvistaa ja tukea potilaan liikku- mis- ja suorituskkyä sekä voimavaroja kokonaisvaltaisesti. Tavoitteena on toimintakyvyn lisääminen sekä ylläpitäminen siten, että fysioterapiassa huomioidaan potilaan fyysisten tekijöiden lisäksi psyykkinen ja sosiaalinen ulottuvuus. Fysioterapian tavoit-

teet määritellään aina yksilöllisesti potilaan voimavarojen ja elämäntilanteen mukaan. Myös fysioterapiassa käytettävät tutkimis- ja hoitomenetelmät valitaan siten, että ne tukevat juuri kyseisen potilaan voimaantumista. (PsyFy ry. 2014.)

Syömishäiriöpotilaiden pääasiallisina psykofyysisen fysioterapian tavoitteina ovat rentoutuminen, stressinhallinta, kehonkuvan eheytyminen ja kehonhallinnan, vuorovaikutuksen sekä itsetuntemuksen lisääntyminen. Arviointi- ja tutkimusmenetelminä voidaan käyttää muun muassa haastattelua, havainnointia, videointia sekä mittautusta, joiden avulla arvioidaan ja analysoidaan kehonkuvaa sekä kehollisia oireita, kuten hengitysvaikeuksia tai jännittyneisyyttä. (Uusi-Kokko 2009: 67–68.)

Psykofyysinen fysioterapia on siis sängen laaja fysioterapian erikoisala, sillä siinä voidaan yhdistellä eri menetelmiä eri suuntauksista. Psykofyysisen fysioterapian menetelmiä ovat muun muassa liikeharjoitteet, hengitys- ja kehotietoisuusharjoitukset, rentoutusmenetelmät, pehmytkudoskäsittelyt sekä vuorovaikutusta vahvistavat harjoitteet. (PsyFy ry.2014.) Samoja harjoitteita saatetaan toistaa hyvinkin pitkään. Tavoitteena on edetä harjoittelussa liikkeiden motorisesta suorittamisesta niiden kehollisen tiedostamisen, aistimisen, tasolle. (Uusi-Kokko 2009: 69.)

Psykofyysinen fysioterapia perustuu kokemukselliseen oppimiseen: fysioterapiassa potilasta autetaan itse oivaltamaan sekä havainnoimaan kehollisia kokemuksia ja etsimään hänelle sopivia selviytymiskeinoja ja ratkaisumalleja (PsyFy ry. 2014). Terapeutti ei siis anna potilaalle valmiita ratkaisuja, vaan ohjaa ja kannustaa potilasta itse löytämään hänelle mielekkäitä toimintatapoja sekä ottamaan vastuuta omasta kuntoutumisestaan. Terapeutti ohjaa potilasta auttamaan itse itseään.

Psykofyysistä fysioterapiaa voidaan toteuttaa sekä yksilö- että ryhmäterapiassa. Olipa toteutustapa kumpi tahansa, siinä korostuu asiakkaan ja terapeutin välisen vuorovaikutuksen kautta tapahtuva yhteistyö. Fysioterapian arvioinnissa on tärkeää asiakkaan itse kokema ja arvioima toimintakyvyn muutos. (PsyFy ry. 2014.) Fysioterapian tuloksellisuuden onkin nähty olevan riippuvainen yhteistyön laadusta, terapeutin ja asiakkaan välisestä vuorovaikutuksesta ja erityisesti siitä, miten asiakas yhteistyön kokee. (Hall – Ferreira – Maher – Latimer – Ferreira 2010: 1099.)

5.3 Mindfulness

Mindfulness on tällä hetkellä yksi puhutuimmista suuntauksista terveys- ja hyvinvointialoilla. Mindfulness tarkoittaa tietoisuutta omasta itsestä sekä ympäristöstä – läsnäoloa siinä hetkessä jota eletään. Se on tiedostamisen ja kokemisen tapa, jossa pyritään tarkastelemaan itseä, omia tunteita ja ajatuksia, sallivasti ja tuomitsematta. Sitä voidaan käyttää erilaisten psyykkisten häiriöiden, kuten syömishäiriöiden, terapeuttisessa hoidossa. (Prowse – Bore – Dyer 2008: 77–78; Butryn ym. 2013: 13.)

Menetelmän taustalla on ajatus, että syömishäiriötä sairastavan tietoisuus omasta itsestä, itsensä hyväksyminen ja kognitiiviset taidot ovat heikentyneet. Lisäksi tunteiden tunnistaminen, erotteleminen ja joustava käsitteleminen ovat heikentyneet. Anoreksiassa tämä näkyy omien sisäisten signaalien tunnistamisen vaikeutena, tunteiden puutteellisena tunnistamisena ja välttelemisenä sekä negatiivisena suhtautumisena omaan itseensä. (Wolever – Best 2009: 262.)

Omien sisäisten kokemusten puutteellinen tiedostaminen sekä käsitteleminen johtavat epätarkoituksenmukaisiin itsesääätelykeinoihin, kuten syömisen rajoittamiseen. Itsesääätelykeinojen avulla anorektikko pyrkii kontrolloimaan tunteitaan, ajatuksiaan sekä käyttäytymistään. Sääätelykeinot ovat anorektikon tapa purkaa psyykkistä pahaa oloa, kuten stressiä, ahdistuneisuutta tai masentuneisuutta. (Wolever – Best 2009: 262.)

Mindfulness-ajattelutapaan perustuvan terapian, kuten Acceptance and Commitment-terapiamenetelmän (ACT) avulla voidaan harjoitella heikentyneitä tietoisuustaitoja, tunteiden käsittelyä sekä sallivampaa suhtautumista omaan itseensä. Perinteisen meditaatio- ja rentoutusharjoittelun kautta voidaan harjoitella tunteiden ja kehollisten kokemusten tiedostamista sekä niiden hyväksymistä osaksi itseä. Lisäksi voidaan harjoitella tunteiden ja kehollisten reaktioiden erottamista toisistaan, kuten nälän ja kylläisyyden tuntemusten erottamista negatiivisista tunnereaktioista, kuten ahdistuksesta. (Wolever – Best 2009: 262–269.)

Menetelmän avulla anorektikko voi siis oppia tiedostamaan paremmin omat tarpeensa, tunteensa sekä haitalliset itsesääätelykeinonsa. Lisäksi hän voi oppia suhtautumaan itseensä sallivammin ja hyväksymään myös negatiivisia tunteita osaksi itseä ja elämää. Näiden Mindfulness-taitojen lisääntymisen on myös havaittu vaikuttavan sairauden

kulkuun: kehotietoisuuden sekä itsen hyväksymisen lisääntyminen vaikuttavat positiivisesti sairaudesta toipumiseen. (Prowse ym. 2008: 77–78; Butryn ym. 2013: 15.)

5.4 Basic Body Awareness Therapy

Basic Body Awareness Therapy (B-BAT) perustuu ranskalaisen psykoanalyytikon Jacques Dropsyn kehittämään teoriaan, josta Gertrud Roxendalin avulla kehittyi B-BAT-menetelmä. Menetelmässä yhdistyvät länsimaalaiset ja itämaiset liikkeen, hengityksen ja tietoisien läsnäolon traditiot. Dropsyn mukaan ihmisen olemassaolon ulottuvuudet on jaettavissa neljään alueeseen: kahteen fyysiseen ja kahteen henkiseen ulottuvuuteen. Ihmisen fyysinen ulottuvuus sisältää koko ihmiskehon: luut, lihakset, suonet, hermot ja niin edelleen. Fysiologinen ulottuvuus taas sisältää kehon toiminnot, kuten hengittämisen, verenkierron ja aineenvaihdunnan. Ihmisen mielensisäiset, henkiset, ominaisuudet ovat myös jaettu kahdeksi ulottuvuudeksi: psyykkisiin toimintoihin, kuten ajatuksiin ja tunteisiin, ja eksistentiaaliseen tietoisuuteen omasta itsestä. (Skatteboe 2005: 15–17.)

B-BAT-toimintamallin perusajatuksena on yhdistää nämä neljä ulottuvuutta tasapainoiseksi kokonaisuudeksi kolmen eri elementin kautta: integraatiota lähdetään hakemaan ryhdin ja asennon hallinnan, vapaan hengityksen ja tietoisien läsnäolon avulla. Terapeutti analysoi potilaan liikkeen laatua kiinnittäen huomiota näihin elementteihin. Hän voi analysoida potilaan asentoa havainnoimalla esimerkiksi potilaan suhdetta alustaan tai keskilinjaan. Hengitystä terapeutti voi havainnoida niin levossa kuin liikkeessäkin. Tietoisuudentason määrittäminen sen sijaan on hankalampaa, mutta sitäkin voidaan lähestyä keskustelemalla potilaan kanssa hänen kokemuksistaan. Tutkimisessa ja fysioterapian vaikuttavuuden arvioinnissa voidaan käyttää Body Awareness Scale (BAS)-lomaketta. Terapeutin tekemät havainnot sekä potilaan omat kokemukset ovat perustana harjoittelulle, jonka avulla pyritään kehittämään taloudellisempi ja harmonisempi tapa liikkua. (Skatteboe 2005: 15–17.)

B-BAT sisältää erilaisia liikeharjoituksia, joita voidaan tehdä makuulla, istuen, seisten ja kävellen. Harjoittelu voi sisältää pariharjoituksia, äänenkäyttöharjoituksia sekä pehmytkudoskäsittelyjä. Harjoittelussa keskitytään liikkeen laadun parantamiseen sekä tietoisien läsnäolon lisäämiseen. Olennaista terapiassa on myös asiakkaan ja terapeutin

välinen vuorovaikutus sekä keskustelut liittyen asiakkaan havaintoihin, kokemuksiin, oivalluksiin ja oppimiseen. (Catalan-Matamoros ym. 2010: 618–619; PsyFy ry. 2013.)

B-BAT-toimintamalli soveltuu hyvin syömishäiriöpotilaiden fysioterapeuttiseen hoitamiseen sen kokonaisvaltaisen, mutta järjestelmällisen lähestymistavan vuoksi. B-BAT-mallin mukaisen kehontuntemusharjoittelun tavoitteena on syömishäiriöpotilaan kehonkuvan myönteistyminen ja eheytyminen, kehon rajojen konkretisoituminen, kehon aistimusten tunnistaminen ja kehon hallinnan lisääminen. Harjoittelussa kiinnitetään huomiota tietoiseen läsnäoloon, pysähtymiseen ja rentoutumiskykyyn. (Uusi-Kokko 2009: 69.)

B-BAT-menetelmän mukaisen kehotietoisuusharjoittelun on havaittu vaikuttavan positiivisesti syömishäiriöpotilaiden minäkuvaan sekä kehonkuvaan. Kehotietoisuusharjoittelun kautta syömishäiriöpotilaiden positiivinen kokemus itsestä ja omasta kehosta lisääntyy sekä elämänlaatu paranee. B-BAT-harjoittelun sekä muiden kehotietoisuutta lisäävien menetelmien vaikuttavuudesta tarvitaan kuitenkin vielä enemmän tutkittua tietoa. (Catalan-Matamoros ym. 2010: 621–625; Kolnes 2012: 283.)

5.5 Liikunta

Anoreksiaan usein liittyvän liiallisen ja pakonomaisen liikkumisen takia hoitoon ei yleensä sisällytetä liikuntaa, vaikka viimeisimpien tutkimustulosten mukaan sen kohtuullisella ja mukautetulla harrastamisella voi olla positiivisia vaikutuksia (Ng – Ng – Wong 2013; Vancampfort ym. 2013).

Singaporessa tehdyn meta-analyysin mukaan valvotulla liikunnan harrastamisella oli positiivisia vaikutuksia niin fyysisiin kuin psykososiaalisiin oireisiin. Liikunnan harrastaminen lisäsi lihasvoimaa ja sydän- ja verenkiertoelimistön kestävyyttä, mikä näkyi painoindeksin, rasvaprosentin ja lihasmassan lisääntymisenä. Lisäksi kohtuullisen ja mielekkään liikunnan harrastamisen kautta anoreksiapotilaiden huolet painosta ja kehon koosta sekä masentuneisuus vähentyivät, ja he oppivat liikkumaan kohtuullisemmin ja omaa kehoaan kuunnellen. (Ng ym. 2013: 9–10.)

Myös tuoreen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan erityisesti aerobinen liikunta ja lihaskuntoharjoittelu lisäsivät anoreksiapotilaiden lihasvoimaa sekä nostivat

rasvaprosenttia ja painoindeksiä. Lisäksi aerobinen liikunta, jooga, hieronta ja Basic Body Awareness-harjoittelu vähensivät syömishäiriöoireita ja masentuneisuutta sekä anoreksia- että bulimiapotilailla. (Vancampfort ym. 2013.)

Sekä meta-analyysin että systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan kohtuullinen liikunnan harjoittaminen parantaa syömishäiriöpotilaiden lihasvoimaa ja sydän- ja verenkiertoelimistön kuntoa. Liikunnalla ei havaittu olevan haittavaikutuksia, joten sen harrastamisen katsottiin olevan turvallista. Aineistojen heterogeenisyyden sekä tutkimusten heikon tason vuoksi tarkempia suosituksia liikunnallisten menetelmien käyttämisestä syömishäiriöiden hoidossa ei voida tehdä. Fysioterapiassa käytettävien menetelmien sopivuudesta ja tehokkuudesta tarvitaan siis lisää tutkittua tietoa ja erityisesti satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia. (Ng ym. 2013; Vancampfort ym. 2013.)

Liikunnan avulla voidaan siis vaikuttaa anoreksiaan liittyviin fyysisiin sekä fysiologisiin muutoksiin, kuten luuston haurastumiseen sekä lihaksiston heikentyneeseen kestävyys- ja maksimivoimaan. Lisäksi liikunnan kautta voidaan lisätä anorektikon hoitomyönteisyyttä sekä motivaatiota. Tavoitteena on kohtuullisen ja mielekkään liikuntaharrastuksen löytäminen sekä itsetunnon ja sosiaalisten taitojen kehittyminen. Tavoitteena voi myös olla psyykkisten ongelmien väheneminen, kuten stressin ja masentuneisuuden lieventyminen. (Uusi-Kokko 2009: 70.)

6 Anoreksiapotilaan kehonkuvan muuttuminen suhteessa minäkuvaan

6.1 Taustatiedot

Opinnäytetyöhön valittiin kaksi anoreksiapotilasta, jotka olivat Syömishäiriökeskuksella osastohoidossa talvella 2013–2014. He saivat osastolla monipuolista hoitoa sekä osallistuivat fysioterapiaan koko seurantajakson ajan. Kuuden kuukauden seurantajakson aikana heille suoritettiin samat mittaukset, mutta vain toisen mittaustuloksia käytettiin tämän opinnäytetyön kirjoittamisessa. Tämän menettelyn tarkoituksena oli vähentää yhdelle potilaalle kasautuvia paineita ja ahdistuksen tunteita.

Jatkotarkasteluun valittiin potilas, joka oli hoitoon tullessaan sairastanut anoreksiaa 5–7 vuotta. Hän oli 16–26-vuotias nainen, jolla oli ollut aiempia hoitokontakteja muissa hoitolaitoksissa. Hoidon alkaessa hänen painoindeksinsä oli 16,51. Hänen painoindeksinsä sijoittui siis merkittävän alipainon alueelle (indeksi alle 17).

Potilas kävi seurantajakson aikana ravitsemusterapiassa, psykoterapiassa ja fysioterapiassa. Hän osallistui niin yksilö- kuin ryhmämuotoisiin terapioihin. Seuraavaksi esittelään tarkemmin Syömishäiriökeskuksen toimintaa ja siellä tarjottavia terapeuttisia hoitomuotoja. Esittelyn painopisteenä on keskuksella tarjottavan fysioterapian kuvaaminen, joka perustuu Syömishäiriökeskuksen fysioterapeutin haastatteluun.

6.2 Syömishäiriökeskuksen toiminta

Syömishäiriökeskus tarjoaa sekä osasto- ja avohoitoa syömishäiriötä sairastaville. Keskuksen kuntoutus- ja hoitoyksikkö vastaa osastohoidosta ja on erikoistunut vaikeiden syömishäiriöiden hoitoon. Yksikössä on seitsemän vuodepaikkaa. Terapiayksikkö tarjoaa avohoidon palveluita kaikille syömishäiriöistä ja syömiseen liittyvistä ongelmista sekä ylipainosta kärsiville. Terapiayksikössä hoidetaan syömishäiriöiden lisäksi muitakin mielenterveyskuntoutujia, kuten ahdistuneisuudesta ja masennuksesta kärsiviä henkilöitä. (Syömishäiriökeskus n.d.)

Syömishäiriön hoidon ensisijainen tavoite riippuu häiriön muodosta. Alipainoisella se on ravitsemustilan korjaaminen, ahmimishäiriöstä kärsivän kohdalla taas pyritään katkaisemaan ensin ahmimiskierre. Vasta tämän jälkeen pyritään vaikuttamaan syömishäiriön psykologiseen sisältöön, esimerkiksi vääristyneeseen kehonkuvaan, pakkotoimintoihin ja -ajatuksiin sekä ahdistukseen ja virheellisiin käsityksiin ruoasta ja syömisestä. (Eklund 2012: 5.) Myös syömishäiriökeskuksessa hoidon alkuvaiheessa painottuu somaattisen tilan korjaaminen sekä konkreettisten oireiden hallintaan saaminen. (Syömishäiriökeskus n.d.)

Syömishäiriökeskuksen hoitomallissa painotetaan lempeää sekä sairastunutta kunnioittavaa lähestymistapaa ja se pohjautuu kognitiivisen psykoterapian sekä hoitotieteen teorioihin. Syömishäiriökeskuksen toiminta on moniammatillista: asiakkaan hoidon suunnitteluun ja toteuttamiseen osallistuvat muun muassa psykologi, ravitsemusterapeutti, fysioterapeutti ja psykiatriseen sairaanhoitoon erikoistunut sairaanhoitaja. (Syömishäiriökeskus n.d.)

6.3 Fysioterapia Syömishäiriökeskuksessa

Fysioterapia kuuluu lähes jokaisen Syömishäiriökeskuksen potilaan osastohoitoon ja se aloitetaan yleensä heti potilaan saavuttua osastolle. Fysioterapeutti tapaa potilasta yleensä kerran viikossa yksilökäynnillä, minkä lisäksi hän näkee potilasta omilla ryhmätunneillaan 1–5 kertaa viikossa sekä osastolla liikkuessaan. Potilaskontakteja on siis paljon viikon aikana, mikä antaa fysioterapeutille mahdollisuuden havainnoida potilaita myös heidän arjen toiminnoissaan. Viikoittaiset yksilötapaamiset ja ryhmätunnit jatkuvat koko hoitojakson ajan eli 1–2 vuotta, joten fysioterapiaprosessista muodostuu keskimääräistä pidempi.

Fysioterapialle ei määritellä yleensä erityisiä tavoitteita, vaan terapian aikana otetaan käsittelyyn kulloiseenkin hoidon vaiheeseen sopivia teemoja, joita työstitään kunnes ne katsotaan käsitellyiksi tai ilmaantuu jokin uusi työstimistä vaativa asia. Fysioterapian kulmakiviä ovat Mindfulness-ajattelutapaan perustuva vuorovaikutus, luottamuksellinen terapiasuhde sekä terapeutin ja potilaan välinen tutkiva yhteistyö.

Fysioterapiaprosessi mukailee sensomotorisen terapian rakennetta ja voidaan jakaa karkeasti kolmeen osaan: vakauttamisvaiheen fysioterapiaan, työstimisvaiheen fysioterapiaan sekä integroitumisvaiheen fysioterapiaan. Vaiheiden nimet ovat johdettu sensomotorisesta terapiasta, vaikka ne eivät vastaakaan sisällöllisesti täysin sensomotorisen terapian vaiheita. Fysioterapiassa yhdistellään eri menetelmiä, joita käytetään sensomotorisen terapian sekä Mindfulness-mallin periaatteita noudattaen. Erityisesti Mindfulness-ajattelutapa, läsnä oleminen ja yhdessä ihmettely, näkyy vuorovaikutuksessa läpi fysioterapiaprosessin.

Fysioterapiaprosessin alussa eli niin sanotussa vakauttamisvaiheessa potilaan paino nousee yleensä nopeasti takaisin normaalin painoindeksin rajoihin. Kliinisen toipumisen myötä potilaan keho muuttuu niin sisäisesti kuin ulkoisestikin, mikä voi aiheuttaa hänessä suurta hämmennystä sekä ahdistuneisuutta. Tässä vaiheessa fysioterapiassa keskitytäänkin tietoisuustaitojen, pysähtymisen ja läsnä olemisen sekä sallivamman suhtautumisen harjoitteluun, jotta potilas oppisi tiedostamaan oman kehonsa sisäisiä signaaleja sekä hyväksymään paremmin muuttuvan ulkomuotonsa. Tarkoituksena on opetella ikään kuin sietämään omassa kehossa olemista.

Aluksi opetellaan vain pysähtymään siihen hetkeen, jossa eletään, ja tiedostamaan sekä tunnistamaan senhetkiset kehon sisäiset signaalit. Omaa kehoa ja sen sisäisiä signaaleja pyritään tarkastelemaan tuomitsematta ja arvioimatta, lähes neutraalisti, jotta potilas pystyisi vähitellen erottautumaan kehoonsa liittyvistä negatiivisista tunteista ja käsityksistä.

Tietoisuustaitoja harjoitellaan monipuolisesti yhdistellen eri menetelmiä. Fysioterapiassa käytetään B-BAT-menetelmän harjoitteita, hengitysharjoitteita ja mielikuviin ja symboleihin perustuvia harjoitteita. Erityisesti alkuvaiheen fysioterapiassa on tärkeää sanoittaa erilaisia kehollisia tuntemuksia. Tuntemusten ja tunteiden sanoittaminen ei kuitenkaan tarkoita sitä, että fysioterapeutti sanoittaa potilaan kokemukset hänen itsensä puolesta, vaan tarkoituksena on antaa potilaalle uusia näkökulmia sekä vaihtoehtoja, joihin hän voi halutessaan tarttua.

Vakauttamisvaihetta seuraa työstämisvaihe, jonka aikana fysioterapiassa keskitytään oman kehon havainnoimiseen sekä näiden havaintojen käsittelyyn. Sensomotorisen työstämisen periaatteen mukaan tässä vaiheessa pyritään havainnoimaan aistielimellisiä ja fyysisiä taipumuksia, kunnes ne eivät enää häiritse itsesääätelyä ja nykyisten kokemusten kognitiivista ja emotionaalista työskentelyä (Ogden – Minton – Pain 2006: 242). Työstämisvaiheessa päästään siis vähitellen käsittelemään taudinkuvan ydintä: minäkuvan ja kehonkuvan häiriöitä.

Syömishäiriötä sairastava määrittelee itsensä ulkoisten arvojen, ulkonäön, painon ja suoritusten mukaan. Yksinkertainen painoon ja syömiseen liittyvä itsen arvottaminen auttaa jäsentämään epäselvää ja häilyvää minäkuvaa. (Kuusinen 2001: 210.) Syömishäiriötä sairastava siis määrittelee itsensä, identiteettinsä ja arvonsa kehonsa kautta, minkä takia oman kehon tarkastelu sekä siitä puhuminen voi olla hyvin vaikeaa.

Viimeisessä fysioterapiaprosessin vaiheessa eli integroitumisvaiheessa kehitetään edelleen niitä tietoisuuden ja havainnoinnin taitoja, joita aiemmissa vaiheissa opeteltiin. Lisäksi huomiota kiinnitetään yhä enemmän itsensä kehittämiseen, normaalielämään sopeutumiseen sekä opittujen taitojen joustavaan yhdistelemiseen arjen toiminnan mahdollistamiseksi (Ogden – Minton – Pain 2009: 275). Mukaan otetaan itsensä ilmaisemisen harjoittelu, jonka tarkoituksena on opetella omiin kehon signaaleihin perustuvien tarpeiden ilmaisemista.

Sekä työstämisvaiheessa että integroitumisvaiheessa käytetään erilaisia tanssi- ja liiketerapian menetelmiä, kuten improvisaatiota, vuorovaikutuksellista liikkumista sekä luovaa liikkumista. Myös liikunta tulee mukaan harjoitteluun. Lisäksi fysioterapiassa käytetään videotinta, peiliä sekä valokuvia itsen havainnoimisen tukena.

6.4 Aineiston kerääminen

Aineiston kerääminen toteutettiin mittausten osalta Syömishäiriökeskuksen toimesta: potilaat täyttivät kyselylomakkeet yksilöllisten fysioterapiatapaamisten aikana. Myös potilaiden punnituksen suoritti toimeksiantaja. Tähän ratkaisuun päädyttiin eettisistä syistä ja potilaiden toivomuksesta.

Mittaukset oli tarkoitus suorittaa kolmena peräkkäisenä kuukautena, mutta aikataulu-
muutosten vuoksi ensimmäisen ja toisen mittauksen väliin tuli yli kahden kuukauden
tauko. Ensimmäisen ja viimeisen mittauksen väliseksi ajaksi muodostui täten kuusi
kuukautta. Potilaiden fysioterapeutin haastattelu toteutettiin allekirjoittaneen toimesta
27.3.2014 Syömishäiriökeskuksen tiloissa. Haastattelu toteutettiin teemahaastatteluna
ja se nauhoitettiin. Haastattelun litterointia ei nähty tarpeelliseksi.

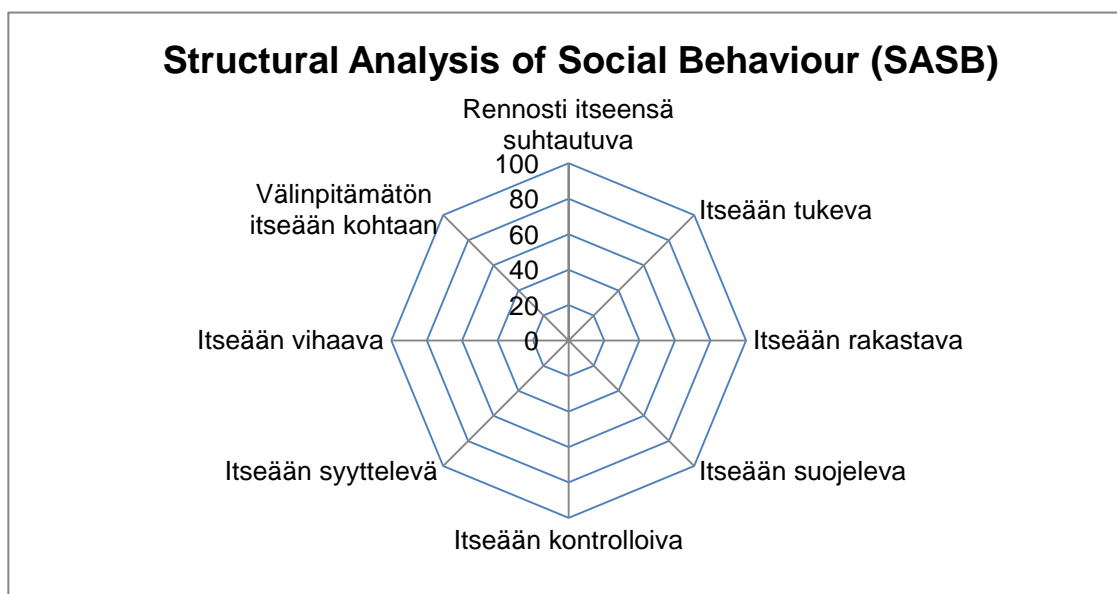
6.5 Mittarit

Tässä opinnäytetyössä käytettiin kahta eri mittaria, joista toisen avulla arvioitiin potilaan
minäkuvaa ja toisen avulla kehonkuvaa. Kummatkin mittarit ovat käytössä myös Syö-
mishäiriökeskuksella ja niitä käytetään aktiivisesti potilaiden hoidon seurannassa sekä
arvioinnissa. Lisäksi potilaan kliinistä toipumista seurattiin painoindeksin avulla.

Minäkuvaa arvioitiin Lorna Smith Benjaminin kehittämän interpersoonallisen mallin
(Structural Analysis of Social Behaviour eli SASB) avulla, joka on validoitu ja kliinisesti
käyttökelpoinen minäkuvan arviointimenetelmä. Malli pohjautuu interpersoonalliseen
teoriaan, jonka mukaan käsitys omasta itsestä muodostuu vuorovaikutuksessa muiden
kanssa. Kokemukset merkityksellisistä vuorovaikutussuhteista vaikuttavat ratkaisevasti
siihen, millaisia muihin ja omaan itseen kohdistuvia suhtautumistapoja yksilö omaksuu
ja ilmentää tulevilla sosiaalisissa tilanteissa. (Birgegård ym. 2009: 522–524; Hirvas
2000: 13–16.)

Toisin sanoen käsitys omasta itsestä ohjaa yksilön käyttäytymistä siten, että yksilö tulkitsee itseä sekä muita siten, että se tukee hänen minäkuvaansa. Esimerkiksi itsekriittiset yksilöt vahvistavat omaa negatiivista käsitystä itsestään sekä tulkitsemalla muiden palautteet omaa toimintaa arvosteleviksi, mutta myös hakeutumalla tilanteisiin, joissa arvostelu on mahdollista. Tällöin itsekriittisen yksilön eheää minäkuvaa tukeva käsitys vahvistuu.

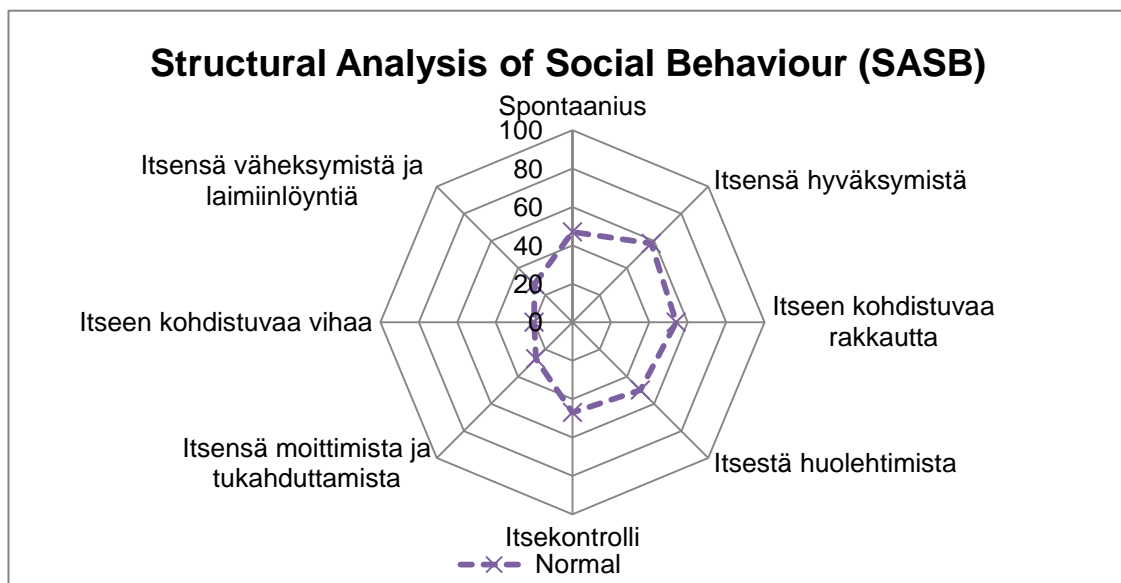
SASB-mallissa keskeiset vuorovaikutussuhteita ja minäkäsitystä jäsentävät ulottuvuudet jakautuvat kahdelle perusakselille: vaakalinja kuvaa suhdetta itseen ulottuen rakkaudesta vihaan ja pystylinja kuvaa itsenäisyyttä ulottuen kontrolloivasta spontaaniuteen ja erillisyyteen. Perusakseleiden välissä on esitetty piirteet, jotka rakentuvat pääulottuvuuksien yhdistelmästä. Esimerkiksi itsesyytös muodostuu kohtalaisesta määrästä itsekontrollia ja itseen kohdistuvaa vihaa. Itsensä tukeminen taas muodostuu kohtalaisesta vapauden sallimisesta itselleen sekä itsen rakastamisesta. (Birgegård ym. 2009: 522–524; Hirvas 2000: 13–16.)



Kuvio 1. SASB-mallin minäkuvan ulottuvuudet.

Minäkuvaa arvioidaan SASB-kyselylomakkeen avulla, joka koostuu minäkäsitystä arvioivasta 36 väittämästä. Tutkittavat arvioivat kunkin väittämän sopimista itseensä 11-portaisen asteikon mukaan: 0=ei pidä lainkaan paikkaansa, 100=pitää täysin paikkaansa. Väittämien pistemääristä muodostetaan kahdeksan itsen kokemisen tapaa kuvailevaa summamuuttujaa, jotka kaikki sijoittuvat yllä kuvattujen perusakseleiden muodostamaan kenttään. (Hirvas 2000: 21–22.)

Alla olevassa kuviossa näkyy tavanomainen minäkuvan summamuuttujien muodostama minäkuvan profiili:



Kuvio 2. Tavanomainen minäkuvan profiili.

Kehonkuvaa mitattiin BAT-kehoasennetestin (The Body Attitude Test) avulla. Testi on kehitetty nimenomaan syömishäiriöpotilaiden kehonkuvan arviointiin ja sen on osoitettu mittaavan luotettavasti syömishäiriöihin liittyviä kehonkuvan häiriöitä: yleistä tyytymättömyyttä omaan vartaloon, negatiivista suhtautumista omaan kehoon ja sen kokoon ja kehontuntemuksen vähäisyyttä. Testi on itsearviointiin perustuva kysely, jossa kahteenkymmeneen väittämään vastataan 6-portaisella asteikolla: 0=aina, 5=ei koskaan. Maksimipistemäärä on 100 niin, että mitä suurempi on saatu pistemäärä, sitä voimakkaammat ovat häiriöt kehonkuvassa. (Probst – Vandereycken – Van Coppenolle – Pieters 1999: 333.)

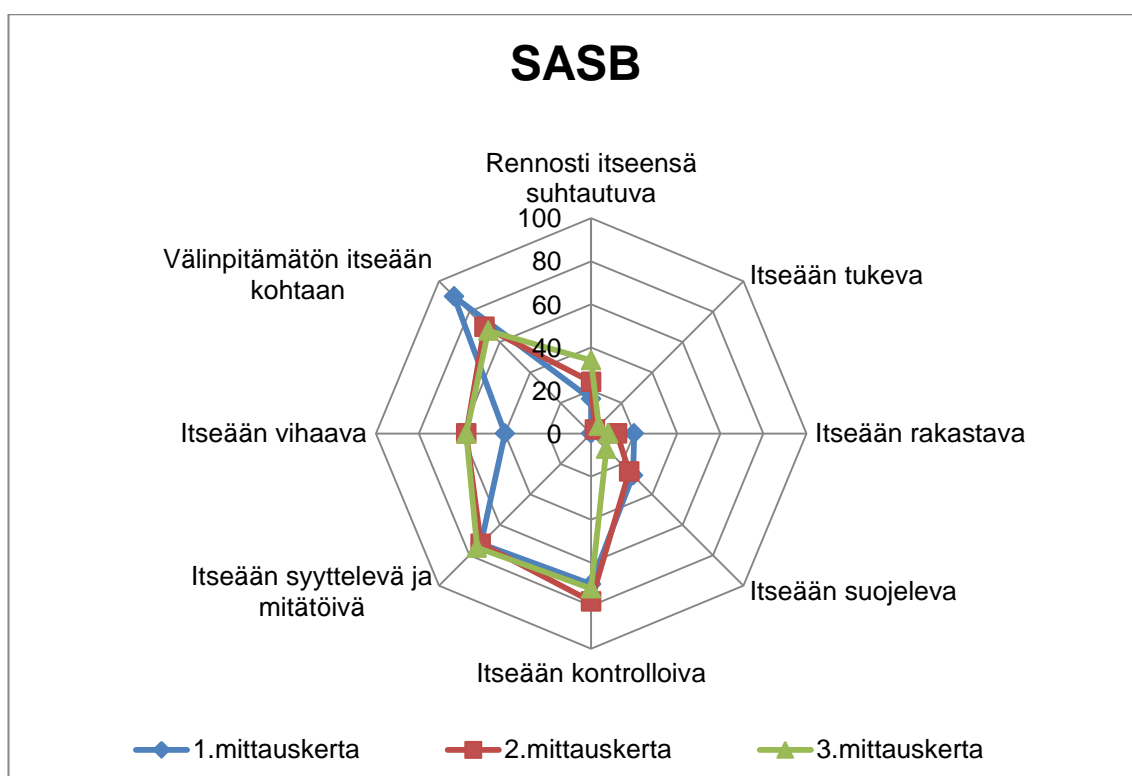
Lisäksi potilaan kliinistä toipumista seurattiin painoindeksin avulla. Painoindeksi (Body Mass Index) kertoo painon suhteesta pituuteen ja se lasketaan jakamalla pituuden neliö painolla. Normaali painoindeksi vaihtelee 18,5–25 välillä, mikä vastaa noin kahtakymmentä kiloa. Väljät normaalipainon rajat kuvastavat sitä, ettei ole olemassa tarkasti määriteltävää ihannepainoa. Normaalipainon rajoihin mahtuvat niin raskas- kuin kevytrakenteiset miehet ja naiset. (Mustajoki 2007: 81.)

Normaaliksi on määritelty se painoindeksin alue, jossa ihmisen terveys on parhaimmillaan. Jos painoindeksi on pienempi kuin 18,5 tai suurempi kuin 25, sairauksien riski suurenee. (Mustajoki 2007: 81.)

7 Tulokset

7.1 Minäkuvassa tapahtuneet muutokset SASB-kyselyllä arvioituna

SASB-kyselyn tulokset on koottu alla olevaan kuvioon. Jokaisen minäkuvaa mittaavan osion maksimipistemäärä on 100. Ensimmäisen mittauskerran tuloksien muodostama minäkuvan profiili on merkitty sinisellä värillä, toisen kerran profiili punaisella ja kolmannen kerran vihreällä.



Kuvio 3. SASB-kyselyn tulokset.

Ensimmäisellä mittauskerralla potilaan minäkuvassa korostuivat välinpitämättömyys itseä kohtaan, itsen kontrolloiminen sekä itseään syyttelevä ja mitätöivä asenne. Lisäksi potilas koki vihan tunteita itseään kohtaan (pistemäärä 40), mikä näkyi myös itsen kohdistuvan rakkauden vähäisyytenä (pistemäärä 20).

Välinpitämättömyyttä mittaavan osion pistemäärä oli 90. Välinpitämättömyys itseä kohtaan oli siis hyvin voimakasta, mikä näkyi vastaavasti itsensä suojelemisen vähäisyytenä (pistemäärä 27,5). Itsekontrollia mittaavan osion pistemäärä oli 70 ja itseensä kohdistuvaa syyttelyä mittaavan osion 72,5. Myös näiden osioiden korkeat pistemäärät näkyivät niiden vastaparien, spontaaniuden sekä itsensä tukemisen vähäisyytenä. Itsensä tukemista mittaavan osion pistemäärä oli 0.

Toisella mittauskerralla muutoksia oli tapahtunut lähes kaikissa summamuuttujissa. Suhtautuminen itseensä oli toisaalta rennompaa ja kannustavampi kuin ensimmäisellä mittauskerralla, toisaalta itseensä kohdistuvat negatiiviset tunteet olivat lisääntyneet. Ainoastaan itseensä kohdistuvassa syyttelevässä ja mitätöivässä asenteessa ei ollut tapahtunut muutoksia.

Välinpitämättömyyttä mittaavan osion pistemäärä oli toisella mittauskerralla 70. Välinpitämättömyys itseä kohtaan oli siis vähentynyt 22,2 %, mutta tämä ei näkynyt itsensä suojelemisen lisääntymisenä. Itsen suojeleminen oli sen sijaan vähentynyt 2,5 pistettä eli 9,1 %. Lisäksi itseensä kohdistuvat vihan tunteet sekä itsen kontrolloiminen olivat lisääntyneet, ja itseensä kohdistuvat rakkauden tunteet vähentyneet. Itsevihaa mittaavan osion pistemäärä oli 58 ja itseensä kohdistuvaa rakkautta 12. Itseviha oli siis lisääntynyt 45 %, kun vastaavasti itseensä kohdistuvat rakkauden tunteet olivat vähentyneet 40 %. Rennompi suhtautuminen omaan itseensä sekä itsen tukeminen olivat lisääntyneet: spontaaniutta mittaavan osion pistemäärä oli 24 ja itsensä tukemisen osion pistemäärä 2,5.

Kolmannella mittauskerralla itseensä kohdistuva välinpitämättömyys oli edelleen vähentynyt: osion pistemäärä oli viimeisellä mittauskerralla 67,5. Tämä ei näkynyt suojelevuuden lisääntymisenä, vaan päinvastoin itseensä kohdistuva suojelevuus oli vähentynyt (pistemäärä 10).

Itseensä kohdistuvat rakkauden tunteet olivat vähentyneet, mutta vihan tunteissa ei havaittu muutosta aiempaan mittauskertaan verrattuna. Rakkauden tunteita arvioivan osion pistemäärä oli 8, mikä tarkoittaa, että itseensä kohdistuvat rakkauden tunteet olivat vähentyneet 60 % ensimmäisestä mittauskerrasta.

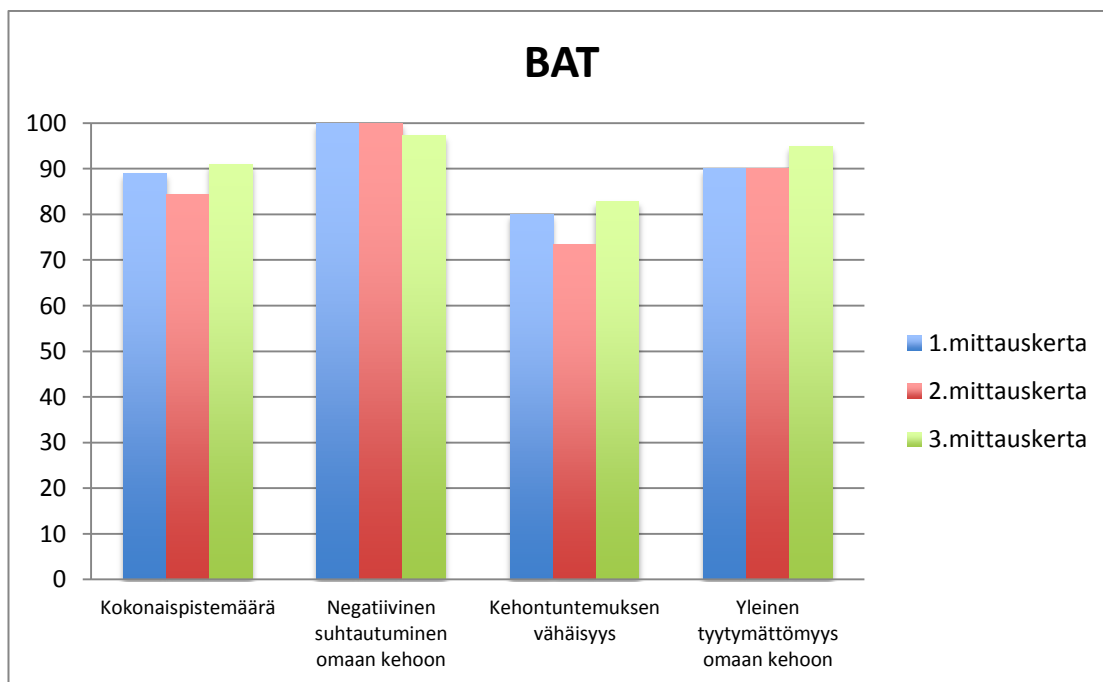
Spontaanius, rennompaa suhtautuminen itseensä, oli lisääntynyt, kuten myös itsensä kannustaminen ja tukeminen. Spontaaniutta arvioivan osion pistemäärä oli 34 ja itsen tukemista arvioivan osion 5. Spontaanius oli lisääntynyt kuuden kuukauden aikana tasai-

sesti lähes kaksinkertaiseksi ensimmäisestä mittaustuloksesta. Muutokset spontaanuudessa näkyivät vastaavasti itsen kontrolloimisen vähenemisenä (pistemäärä 72).

Kokonaisuudessaan kuuden kuukauden aikana tapahtui pieniä muutoksia kaikissa summamuuttujissa. Itseen kohdistuvat rakkauden tunteet sekä itsensä suojeleminen vähentyivät seurantajakson aikana, mutta itsensä tukeminen sekä spontaanuus lisääntyivät. Negatiivisista tunteista itsevihan ja itsesyytöksen havaittiin lisääntyneen. Itsen kontrolloimisessa havaittiin hetkellistä lisääntymistä, joka vähentyi viimeisellä mittauskerralla. Välinpitämätön suhtautuminen itseä kohtaan väheni tasaisesti koko jakson ajan. Vaikka välinpitämättömyys itseä kohtaan väheni, se ei näkynyt itsensä suojelemisen lisääntymisenä.

7.2 Kehonkuvassa tapahtuneet muutokset BAT-kyselyllä arvioituna

Body Attitude Test-kyselyn tulokset ovat koottu alla olevaan kuvioon. Kuviossa näkyvät eri osioiden pistemäärät sekä testin kokonaispistemäärä. Jokaisen osion sekä kokonaispistemäärän maksimipistemäärä on 100.



Kuvio 4. BAT-kyselyn tulokset.

Ensimmäisellä mittauskerralla BAT-kyselyn kokonaispistemäärä oli 89/100. Omaan kehoon kohdistuvaa negatiivista suhtautumista arvioivan osion pistemäärä oli 100, ke-

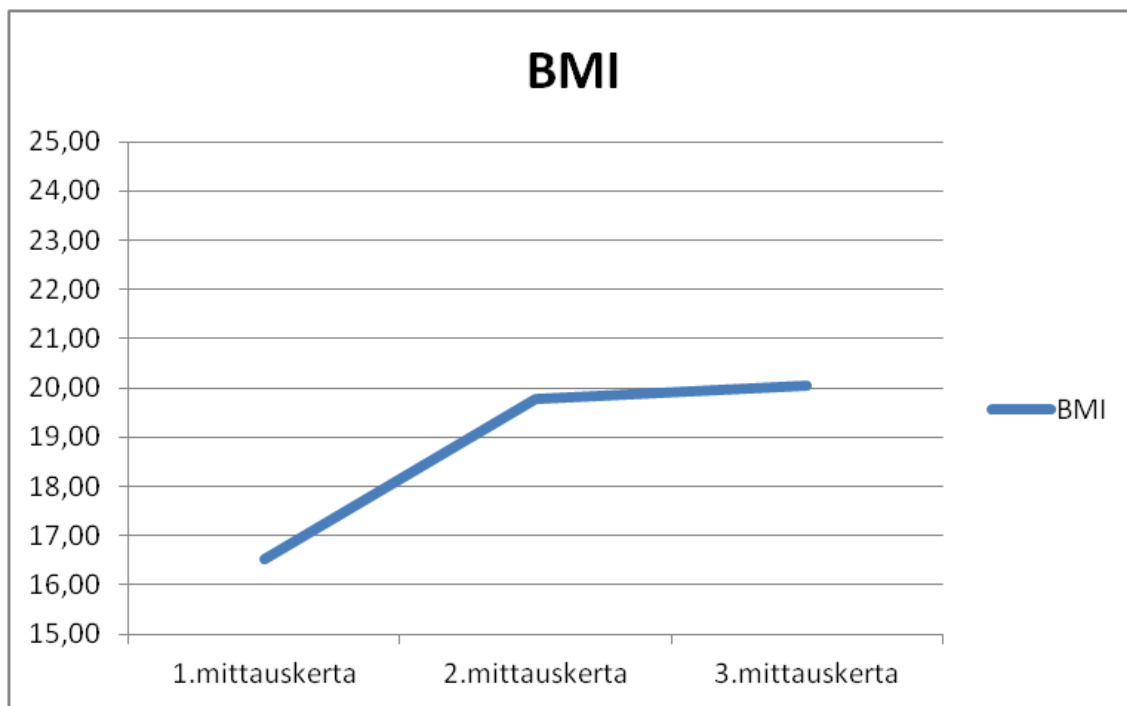
kehontuntemuksen ja tuttuuden puutetta arvioivan osion 80 ja yleistä tyytymättömyyttä omaan kehoon arvioivan osion 90.

Toisella mittauskerralla kokonaispistemäärä oli laskenut 5,2 % ja oli täten 84,4/100. Negatiivista suhtautumista sekä yleistä tyytymättömyyttä omaa kehoa kohtaan arvioivien osioiden pistemäärissä ei ollut tapahtunut muutosta ensimmäiseen mittauskertaan nähden. Kehontuntemuksen puute oli vähentynyt siten, että osion pistemäärä oli toisella mittauskerralla 73,4, mikä oli 8,2 % vähemmän kuin ensimmäisellä mittauskerralla. Kehontuntemus ja kehotietoisuus olivat toisin sanoen lisääntyneet, vaikka suhtautumisessa tai yleisessä tyytymättömyydessä omaa kehoa kohtaan ei ollut tapahtunut muutosta.

Viimeisellä mittauskerralla kokonaispistemäärä oli kasvanut edellisestä 2,2 %. Kokonaispistemäärä oli siis 91/100, mikä oli suurempi kuin ensimmäisen mittauskerran kokonaistulos. Kasvanut kokonaispistemäärä selittyy kehontuntemuksen vähentymisellä sekä kehoon kohdistuvan yleisen tyytymättömyyden lisääntymisellä. Kehontuntemuksen vähäisyyttä arvioivan osion pistemäärä oli siis 82,8 ja yleistä tyytymättömyyttä arvioivan osion 95. Omaan kehoon kohdistuvaa negatiivista suhtautumista arvioivan osion pistemäärä oli 97,2 eli se oli laskenut kahden aiemman mittauskerran tuloksista.

7.3 Kliininen toipuminen

Potilaan painossa tapahtui kuuden kuukauden kuluessa merkittävä painonnousu. Hoidon alkaessa potilas oli merkittävästi alipainoinen. Kuuden kuukauden jälkeen hoidon alkamisesta hän oli saavuttanut normaalipainon, joten kliinisen toipumisen voitiin katsoa tapahtuneen. Ensimmäisen ja viimeisen mittauksen välissä tapahtunut painon muutos oli 21,3 %.



Kuvio 5. Painoindeksin muuttuminen.

Yllä oleva kuvio havainnollistaa painoindeksin muuttumista kuuden kuukauden seurantaajan aikana. Siitä voidaan nähdä, että ensimmäisen ja toisen mittauskerran välillä painonnousu oli nopeampaa kuin toisen ja kolmannen mittauskerran välillä. Potilaan painoindeksi kohosi siis nopeasti hoidon alettua normaalipainon rajoihin, minkä jälkeen painonnousu hidastui selvästi. Alla olevassa taulukossa ovat tarkemmat mittaustulokset.

Taulukko 1. Painossa tapahtuneet muutokset kuuden kuukauden aikana.

	1. mittauskerta	2. mittauskerta	3. mittauskerta	Muutos
Pituus	162,5 cm	162,5 cm	162,5 cm	0 %
Paino	43,6 kg	52,2 kg	52,9 kg	21,3 %
BMI	16,51	19,77	20,03	21,3 %

Potilaan pituus oli 162,5 cm. Ensimmäisellä mittauskerralla hänen painonsa oli 43,6 kg. Painoindeksi oli täten 16,51, mikä sijoittui merkittävän alipainon alueelle. Toisella mittauskerralla potilaan paino oli 52,2 kg ja painoindeksi 19,77, mikä oli normaalin painoindeksin alueella. Viimeisellä mittauskerralla paino oli 52,9 kg ja painoindeksi 20,03. Kuuden kuukauden aikana paino oli siis lisääntynyt yhteensä 9,3 kg.

8 Johtopäätökset

Kuuden kuukauden seurantajakson aikana potilaan minäkuvassa sekä kehonkuvassa tapahtui pieniä muutoksia, joiden voidaan nähdä olevan melko tyypillisiä toipumisprosessin alussa. Niin minäkuva kuin kehonkuvakin säilyivät kuitenkin negatiivisina, vaikka kliininen toipuminen saavutettiin jo kahden ensimmäisen hoitokuukauden aikana. Minäkuvan ja kehonkuvan muutokset voidaan katsoa olleen yhteydessä toinen toisiinsa sekä kliiniseen toipumiseen, mutta päätelmiä yhteyksien vaikutussuunnista ei voida tämän aineiston perusteella tehdä.

Seurantajakson alussa potilaan minäkuva ja kehonkuva olivat keskimääräistä negatiivisempia. Minäkuvassa korostuivat välinpitämättömyys itseä kohtaan, itseviha, itsesyytös sekä itsen kontrolloiminen, joiden pistemäärät olivat SASB-kyselyllä mitattuna keskimääräistä suuremmat. Erityisesti itsen kohdistuva välinpitämättömyys oli voimakasta. Vastaavasti itsen kohdistuvat rakkauden tunteet olivat vähäisiä sekä suojeleva, rento ja tukeva suhtautuminen itsen oli puutteellista.

Negatiivisen minäkuvan on havaittu olevan yksi riskitekijä syömishäiriön puhkeamiselle, mutta olevan myös yhteydessä syömishäiriöoireiden voimakkuuteen ja toistuvuuteen. Verrattuna normaaliväestöön syömishäiriöpotilailla on siis tilastollisesti merkitsevästi negatiivisempi minäkuva ja täten myös voimakkaammat oireet. (Manttila - Bergsten - Birgegård 2014: 128–130.) Myös tämä potilastapaus tukee näitä tutkimustuloksia, mikä näkyy yllä kuvatuista SASB-kyselyn tuloksista.

Potilaan kehonkuva oli myös häiriintynyt BAT-kyselyllä arvioituna: potilas suhtautui omaan kehoonsa hyvin negatiivisesti sekä oli siihen erittäin tyytymätön. Myös kehon tuntemus oli heikko. Myös tällaiset mittaustulokset ovat tyypillisiä anoreksiapotilaille ja tukevat täten kliiniseen työhön perustuvaa yleistä käsitystä sekä aiempia tutkimustuloksia. (Käypä hoito-suositus 2009; Vandereycken – Meerman 1988: 47.)

Seurantajakson aikana sekä minäkuvassa että kehonkuvassa tapahtui pieniä muutoksia. Tyypillisenä muutoksena voidaan Syömishäiriökeskuksen fysioterapeutin mukaan nähdä itsen kohdistuvien negatiivisten tunteiden ja käsitysten lisääntyminen, mikä on seurausta kliinisestä toipumisesta. Myös Probst:n ym. (1999) tutkimuksessa havaittiin, että minäkäsitys sekä kehonkuva muuttuvat entistä negatiivisempaan suuntaan hoidon alkuvaiheessa, kun tietoisuus omasta terveydentilasta sekä kehossa tapahtuvista muu-

toksista lisääntyi. (Probst ym. 1999: 338.) Kehotietoisuuden lisääntyminen näyttäisi siis lisäävän negatiivisia tunteita sekä yleistä tyytymättömyyttä omaa kehoa kohtaan.

Minäkuvan kielteistymisen voidaan nähdä siis olevan yhteydessä kehossa tapahtuviin fyysis-fysiologisiin muutoksiin. BAT-kyselyn tuloksissa näkyvä kehonkuvan ailahtelevuus ja vaihtelevuus seurantajakson aikana voidaankin tulkita johtuvaksi kliinisen toimimisen aiheuttamasta oman kehon tuttuuden katoamisesta. Potilaan painonnoususta aiheutuva kehon koon, mittasuhteiden sekä fysiologisten toimintojen palautuminen yhdistettynä kehotietoisuuden vähittäiseen lisääntymiseen, voidaan katsoa aiheuttaneen minäkuvassa tapahtuneet negatiiviset muutokset: itsevihan lisääntymisen, rakkauden tunteiden vähenemisen, itsen suojelevuuden vähenemisen sekä itsen kontrolloinnin lisääntymisen.

Toisaalta samanaikaisesti potilaan rennompi suhtautuminen omaan itseensä sekä itsensä tukeminen ja kannustaminen lisääntyivät. Lisäksi hoidon alussa havaittu välinpitämättömyys itseä kohtaan väheni merkittävästi puolen vuoden aikana, vaikkei tämä tosin näkynyt itsen suojelun lisääntymisenä.

Aiempiin tutkimustuloksiin verrattuna potilaan kehonkuvassa tapahtuneet muutokset olivat vähäisiä. Aiemmissa tutkimuksissa vastaavan pituisen hoitojakson aikana potilaiden kehonkuvassa oli tapahtunut huomattavaa edistymistä BAT-kyselyllä arvioituna. (Danielsen – Øyvind 2012; Probst ym. 1999.)

Mittaustulokset huomioiden onkin perusteltua, että potilaan fysioterapiassa keskityttiin Mindfulness- sekä B-BAT-menetelmään perustuvien tietoisuustaitojen harjoitteluun. Koko seurantajakson ajan potilaan kanssa harjoiteltiin pysähtymistä siihen hetkeen, jossa eletään, sekä omien sisäisten signaalien tiedostamista, tunnistamista sekä erottelua. Fysioterapiassa keskityttiin myös itseensä kohdistuvan negatiivisen suhtautumisen vähentämiseen harjoittelemalla Mindfulness-malliin perustuvaa sallivampaa ja hyväksyvää asennetta itseä kohtaan. Menetelminä käytettiin tanssi- ja liiketerapian harjoitteita, rentoutusharjoitteita, hengitysharjoitteita sekä mielikuvaharjoitteita. Mittaustulosten lisäksi myös tutkimustulokset tukevat näiden menetelmien käyttöä anoreksian fysioterapeuttisessa hoidossa (Butryn ym. 2012; Catalan-Matamoros ym. 2010; Prowse ym. 2008.)

Käytettyjen menetelmien vaikuttavuudesta ei voida kuitenkaan tehdä tässä tapauksessa suoraviivaisia johtopäätöksiä, vaikka kehontuntemuksessa havaittiin hetkellistä kasvua ja rennompia asenne itseä kohtaan lisääntyi tasaisesti koko seurantajakson ajan. Syy-seuraussuhteiden päättelyminen vaatisi suuremman otoskoon sekä kontrolloidun koeympäristön.

Puolen vuoden aikana potilaan käsitys omasta itsestä sekä omasta kehosta ailahteli ja pysyi hyvin negatiivisena, vaikka kliininen toipuminen tapahtui pian hoidon aloittamisen jälkeen. Tämän tapauksen pohjalta näyttäisi siltä, että anoreksiasta toipuminen ei tapahdu tasaisesti ja suoraviivaisesti, vaan aluksi tilanne saattaa jopa huonontua. Kokonaisvaltainen toipuminen näyttäisi olevan pitkä prosessi, sillä pelkkä painonnousu ei poista anoreksiaan liittyviä psyykkisiä oireita – kehonkuvan häiriötä, ahdistuneisuutta ja itsetunto-ongelmia. Mieli tarvitsee enemmän aikaa toipuakseen kuin keho.

9 Pohdinta

Opinnäytetyössä käytetyt mittaustulokset tukevat osin kliiniseen työhön perustuvaa käsitystä kehonkuvan ja minäkuvan merkityksestä syömishäiriöiden puhkeamisessa ja hoidossa. Potilaan rakentumaton minäkuva ja negatiivinen kehonkuva tukevat siis aiempaa käsitystä anoreksiaa sairastavan mielenmaailmasta. Mittaustuloksissa näkyi myös Probst:n ym. (1999) tutkimuksessa havaitsema ilmiö, jossa kliinisen toipumisen ja lisääntyneen itsetietoisuuden myötä minäkuva ja kehonkuva muuttuivat entistä negatiivisemmiksi.

Tämä potilastapaus näyttäisi tukevan myös käsitystä, jonka mukaan anoreksiasta toipuminen on hidas ja haastava prosessi, jonka aikana terveydentila ja psyykinen hyvinvointi vaihtelevat. Syömishäiriöihin liittyvän oireilun keskimääräisen kokonaiskeston on arvioitu kestävän useita vuosia, sillä pelkkä kliininen toipuminen ei välttämättä poista sairauteen liittyviä psyykkisiä tai sosiaalisia ongelmia (Keski-rahkonen – Charpentier 2010: 104–105). Tämän tapauksen mittaustulokset antavat myös viitteitä siitä, että pelkkä kliininen toipuminen ei poista muita sairauteen liittyviä oireita ja että minäkuvan ja kehonkuvan eheytyminen vie aikaa.

Opinnäytetyön heikkouksia ovat huono yleistettävyyys ja tilastollisen analyysin puuttuminen. Yksittäisen tapauksen pohjalta ei voida tehdä yleistettäviä johtopäätöksiä koskien kaikkia anoreksiapotilaita, mutta mittaustuloksien avulla voidaan havainnollistaa ja

kuvata mahdollisesti tyypillisiä ilmiöitä. Mittaustulosten perusteella ei voida tehdä johtopäätöksiä fysioterapian vaikuttavuudesta tai syy-seuraussuhteista, sillä potilaan hoidossa käytettiin muitakin terapiamenetelmiä kuin fysioterapiaa.

Opinnäytetyön vahvuuksia ovat fysioterapiaprosessin tarkka kuvaaminen ja teoria- ja tutkimustiedon havainnollistaminen potilastapauksen avulla. Syömishäiriöiden hoidossa käytettävän psykofyysisen fysioterapian periaatteiden ja menetelmien avoin esittely ja kuvaaminen ovat tärkeitä, jotta terapian läpinäkyvyys ja luotettavuus lisääntyisi. Psykofyysinen fysioterapia ei ole salatiedettä tai jotain sellaista, mikä tapahtuu ainoastaan suljettujen ovien takana, vaan se on kokonaisvaltainen lähestymis- ja hoitotapa, josta täytyisi pystyä keskustelemaan avoimesti ja rakentavasti. Fysioterapian yksityiskohtainen kuvaus on myös perusta myöhemmälle tutkimustyölle, jolloin voidaan keskittyä tarkemmin eri tekniikoiden vaikuttavuuden ja syy-seuraussuhteiden tutkimiseen.

Lähteet

Bamford, Bryony – Attoe, Chris – Mountford, Victoria – Morgan, John – Sly, Richard 2014. Body checking and avoidance in low weight and weight restored individuals with anorexia nervosa and non-clinical females. *Eating Behaviors* (15). 5–8. Verkkodokumentti. <http://ac.els-cdn.com/S1471015313001189/1-s2.0-S1471015313001189-main.pdf?_tid=c9aa9cbc-b263-11e3-9b24-00000aacb362&acdnat=1395562920_16b406bb9a052e33530e644977302c93>. Luettu 23.3.2014.

Birgegård, Andreas – Björk, Caroline – Norring, Claes – Sohlberg, Staffan – Clinton, David 2009. Anorexic self-control and bulimic self-hate: Differential outcome from initial self-image. *International Journal of Eating Disorders* 42 (6). 522–530.

Butryn, Meghan – Juarascio, Adrienne – Shaw, Jena – Kerrigan, Stephanie – Clark, Vicki – O’Planick, Antonia – Forman, Evan 2012. Mindfulness and its relationship with eating disorders symptomatology in women receiving residential treatment. *Eating Behaviors* 14 (1). 13–16. Verkkodokumentti. <<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.metropolia.fi/science/article/pii/S1471015312000943?np=y>>. Luettu 21.1.2014.

Catalan-Matamoros, Daniel – Helvik-Skjaerven, Teresa – Labajos-Manzares, Liv – Martinez de Salazar Arboleas, Alma – Sánchez-Guerrero, Eduardo 2010. A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*: 25: 7: 617–626. Verkkodokumentti. <<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=911be23c-a292-4033-b038-7ced3b5e1b93%40sessionmgr111&vid=2&hid=103>>. Luettu 21.1.2014.

Danielsen, Marit – Øyvind, Ro 2012. Changes in Body Image During Inpatient Treatment for eating Disorders Predict Outcome. *Eating Disorders* 20 (4). 261–275.

Eklund, Sofia 2012. Aikuisten syömishäiriöiden hoito – systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Pro gradu-tutkielma. Ravitsemustiede. Lääketieteen laitos. Terveystieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto. Verkkodokumentti. <<http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20130103>> Luettu 16.1.2014.

Fairburn, Christopher – Harrison, Paul 2003. Eating disorders. *The Lancet* 361. 407–416. Verkkodokumentti. <<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.metropolia.fi/science/article/pii/S0140673603123781?np=y>>. Luettu 21.1.2014.

Forsén-Mantilla, Emma – Bergsten, Katja – Birgegård, Andreas 2014. Self-image and eating disorder symptoms in normal and clinical adolescents. *Eating Behaviors* 15 (1). 125–131. Verkkodokumentti. <<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.metropolia.fi/science/article/pii/S1471015313001505?np=y>>. Luettu 2.3.2014.

Hall, Amanda – Ferreira, Paulo – Maher, Christopher – Latimer, Jane – Ferreira, Manuela 2010. The Influence of Patients-Therapist Relationship on Treatment Outcome in Physical Rehabilitation: A Systematic Review. *Physical Therapy* 80 (6): 1109–1110.

Hirvas, Saana 2000. Depressiivisyys ja minäkäsitys. Kela: Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 53. Helsinki: Kelan omatarvepaino.

Immonen-Orpana, Päivi 1999. Fysioterapian mahdollisuuksia anorexia nervosa-potilaan hoidossa. Kansanterveystieteen julkaisuja M:161. Helsinki : Helsingin yliopisto, Kansanterveystieteen laitos.

Kolnes, Liv-Jorunn 2012. Embodying the body in anorexia nervosa – a physiotherapeutic approach. *Journal of Bodywork & Movement Therapies* 16. 281–288.

Kuusinen, Kirsti-Liisa 2001. Syömishäiriöt. Teoksessa Kähkönen, Seppo – Karila, Irma – Holmberg, Nils (toim.): Kognitiivinen psykoterapia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Käypä hoito-suositus 2009. Syömishäiriöt (lapset ja nuoret). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Verkkodokumentti.
<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/pecks/hoi33030>>. Luettu 17.1.2014.

Mitchison, Deborah – Hay, Phillipa – Engel, Scott – Crosby, Ross – Le Grange, Daniel – Lacey, Hubert – Mond, Jonathan – Slewa-Younan, Shameran – Toyuz, Stephen 2013. Assessment of quality of life in people with severe and enduring anorexia nervosa: a comparison of generic and specific instruments. *BMC Psychiatry* 13 (284). Verkkodokumentti. <<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/284>>. Luettu 23.1.2014.

Mustajoki, Pertti 2007. Ylipaino. Tietoa lihavuudesta ja painonhallinnasta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Ng, L.W.C. – Ng, D.P. – Wong, W.P. 2013. Is supervised exercise training safe in patients with anorexia nervosa? A meta-analysis. *Physiotherapy* 99 (1). 1–11. Verkkodokumentti.
<<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.metropolia.fi/science/article/pii/S0031940612000545?np=y>>. Luettu 1.2.2014.

Ogden, Pat – Minton, Kekuni – Pain, Claire 2009. Trauma ja keho. Sensomotorinen psykoterapia. Oulu: Kalevaprint Oy.

Probst, Michel – Pieters, Guido – Vanderlinden, Johan 2008. Evaluation of Body Experience Questionnaires in Eating Disorders in Female Patients (AN/BN) and Nonclinical Participants. *International Journal of Eating Disorders* 41. 657–665.

Probst, Michel – Vandereycken, W. – Van Coppenolle, H. – Pieters, G. 1999. Body experience in eating disorders before and after treatment: a follow-up study. *European Psychiatry* 14. 333–40. Verkkodokumentti.
<<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.metropolia.fi/science/article/pii/S0924933899001595>>. Luettu 26.1.2014.

Prowse, Emma – Bore, Miles – Dyer, Stella 2008. Eating Disorder Symptomatology, Body Image and Mindfulness: Findings in a non-clinical Sample. *Clinical Psychologist* 17. 77–87.

PsyFy ry. 2013. Basic Body Awareness Terapia (BBAT). Verkkodokumentti.
<<http://psyfy.net/bbat.php?id=157>>. Päivitetty 6.10.2013. Luettu 8.2.2014.

PsyFy ry. 2014. Psykofyysinen fysioterapia. Verkkodokumentti. <www.psyfy.net>. Luettu 16.3.2014.

Salo-Chydenius, Sisko – Holvikivi, Johanna – Valvanne-Tommila, Helena 1992. Toimintaterapia mielenterveystyössä. Helsinki : VAPK-kustannus.

Skatteboe, Ulla-Britt 2005. Basic Body Awareness Therapy and Movement Harmony. Development of the Assessment Method Body Awareness Rating Scale BARS – Movement Harmony. HiO-report no 31. Oslo University College.

Sundeen, Sandra 1987. Vuorovaikutus - avain hoitotyöhön. Sairaanhoidajien koulutussäätiön julkaisu. Porvoo : WSOY.

Suokas, Jaana – Rissanen, Aila 2011. Syömishäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, Jouko – Henriksson, Markus – Marttunen, Mauri – Partonen, Timo (toim.): Psykiatria (9.uudistettu painos). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Syömishäiriökeskus n.d. Verkkodokumentti. <www.syomishairiokeskus.net>. Luettu 20.2.2014.

Syömishäiriöliitto-SYLI ry 2009. Syömishäiriöt – mistä on kyse? Ensitieto-opas syömishäiriöön sairastuneiden lasten ja nuorten vanhemmille. Opas. Jyväskylä: Kopijyvä Oy.

Uusi-Kokko, Jaana 2009. Annabella - peilin takana ja edessä. Syömishäiriötä sairastavan aikuiskuntoutujan psykofyysinen fysioterapia. Teoksessa Lähteenmäki, Marja-Leena - Jaakkola, Raija (toim.): Psykofyysinen fysioterapia 3. Kokemus kehossa. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro 5. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.

Vancampfort, Davy – Vanderlinden, Johan – De Hert, Marc – Soundy, Andrew – Adamkova, Milena – Skjærven, Liv Helvik – Catalan-Matamoros, Daniel – Lundvik Gyllenstein, Amanda – Gomez-Conesa, Antonia – Probst, Michel 2013. A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa. Disability and Rehabilitation.

Vandereycken, Walter – Meerman, Rolf 1988. Anorexia Nervosa – kliinisen hoidon opas. Porvoo – Helsinki – Juva: WSOY.

Vilkko-Riihelä, Anneli – Laine, Vesa 2005. Mielen Maailma 1. Psykologian perustiedot. Porvoo: WSOY.

Westerlund, Ann-Mari 1998. Anoreksiasta ja bulimiasta johtuvia fysiologisia muutoksia ja komplikaatioita. Teoksessa Charpentier, Pia (toim.): Nuorten syömishäiriöt ja lihavuus. Jyväskylä: Terveys ry.

Wolever, Ruth - Best, Jennifer 2009. Mindfulness-Based Approaches to Eating Disorders. Teoksessa Didonna, Fabrizio (toim.): Clinical Handbook of Mindfulness. Italy: Springer.

World Health Organization 2010. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10). Mental and behavioural disorders. Geneva: World Health Organization. Verkkodokumentti. <<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F50-F59>>. Luettu 16.1.2014.